

**DETRÁS DE LA NARIZ DEL CLOWN: LA EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL
CLOWN COMO APOORTE PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

LAURA ALEJANDRA HERNÁNDEZ PRIETO

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD, CONOCIMIENTOS MÉDICOS Y SOCIEDAD
LINEA CONSTRUCCIONES SOCIO-CULTURALES
Bogotá, Colombia 2016

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
Capítulo I: El positivismo en la salud y las terapias complementarias	9
1.1 La medicina como disciplina científica	9
1.2 La formación científicista en las disciplinas del área de salud	13
1.3 La salud científicista en el Estado	14
1.4 La relación médico – paciente en la práctica científicista	17
1.5 Medicina complementaria en Colombia	19
1.6 Necesidad de humanización en la atención en salud	22
Capítulo II: Soy clown... Soy yo mismo	25
2.1 El yo del profesional de la salud y el yo clown	25
2.2. El clown y lo que esconde su nariz	28
2.2.1 Carucha y Carolina	28
2.2.2 Suspiritos y Johana	30
2.2.3 El doctor Joche y José	32
2.2.4 Tuto y Javier	33
2.2.5 Mórula y Yudi	35
2.2.6 El Doctor Besos y David	37
Capítulo III: ¿Por qué soy clown?	40
3.1 Los textos dicen que la risoterapia es... ..	40

3.1.1 ¿Qué aporta la risa a la salud?	41
3.2 La risoterapia para un clown.....	42
3.3 Por qué decidí ser clown.....	43
3.3.1 La humanización.....	46
3.4 La práctica del profesional clown.....	49
3.5 La transformación en la experiencia clown	51
3.5.1 Una transformación personal	51
3.5.2 Una transformación profesional	53
Capítulo IV: ¿Un payaso en un hospital?.....	55
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA.....	70

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha dado lugar en los espacios de diálogo del ámbito de la salud en Colombia, como en muchos otros lugares del mundo, sobre la necesidad de humanizar la atención en los centros de salud, donde se invita a reconocer el rol de apoyo del profesional de la salud para el paciente y su familia con experiencias de dolor y pérdida.

En el año 2014; la Clínica de Occidente en Bogotá, realizó el congreso para tratar este tema, llamado “Siete claves para humanizar los servicios de salud” en donde Cristian Guauque, médico anesthesiologo afirmó que:

Más allá de tratar los síntomas, un médico debe ser un acompañamiento constante. Debe dar un apoyo que les permita estar al tanto de la evolución del afectado, que les permita, en el peor de los casos, sobrellevar un duelo de forma anticipada. Un doctor o una enfermera tienen que dar una atención mucho más humana (El espectador, 2014, párr. 3).

Jaime Arias, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), en el marco de dicho congreso; afirmó que la atención de salud en Colombia, carece del trato humano de parte de los médicos hacia los pacientes, el cual entre otras cosas, ha sido provocado por la tecnificación de los procedimientos médicos y la separación del enfermo y la enfermedad en la atención mecanizada (El Espectador, 2014, párr. 4) Alejandro Gaviria, ministro de Salud y de la Protección Social; en el año 2014 aseguró que la humanización es “que el paciente se sienta bien tratado, que manifieste estar contento luego de recibir atención” (Ministerio de Salud, 2014, párr. 4).

La Academia de Medicina de Colombia (2015) resalta la urgencia de humanizar los servicios de salud haciendo un llamado a fijar la atención en la prevalencia del buen trato por encima de la tecnificación del proceso, argumentando que:

la tecnología con sus instrumentos y aparatos, por la consigna de la “última moda”, prevalece en la prestación del servicio de salud con detrimento de la atención humanizada que deben recibir los enfermos; ansiosos de un trato más cordial y comprensivo por parte de un médico bueno (Academia de Medicina de Colombia, 2015, párr. 6).

Las prácticas médicas brindadas a los pacientes, a las que se refirieron los expertos anteriores; están basadas en los diversos saberes producto de la lógica positivista y cientificista, entendida como la verdad absoluta de la realidad, obtenida de hipótesis producto de la observación de la naturaleza, que validadas por métodos científicos, generan teorías que construyen el conocimiento legítimo, que en las ciencias de la salud se ha expresado como la dominancia del modelo médico hegemónico; se han deshumanizado en su prestación de servicios, por diferentes aspectos desarrollados en el campo de lo social y del conocimiento, por la tecnificación y biologización del saber y el actuar de algunos médicos, que observan la persona enferma o consultante como su objeto de intervención y no como el sujeto actuante que le consulta.

Al hablar de humanización se hace especial énfasis en el buen trato basado en la aptitud receptiva, comunicación asertiva y respeto de los derechos; por parte del profesional de la salud al paciente, sin embargo, es importante resaltar que este buen trato se da en la relación de dos personas: profesional y paciente, y que para poder hablar de humanización es necesario primero humanizar a los implicados, ¿qué quiere decir esto?, que es importante reconocer tanto al profesional que atiende, como al paciente que es atendido, como sujetos dotados de historias individuales, sociales y culturales personales; ya que la humanización es posible en “un

encuentro de personas, al cual cada uno llega procedente de su propia historia” (Ceballos & Gutiérrez, 2012, p 14).

En tal sentido, y en búsqueda de la humanización en la prestación de servicios de salud, la risoterapia en su práctica, en la que intervienen técnicas y conocimientos científicos de los beneficios de la risa a la salud, y el profesional clown que en su condición de ser humano dinámico ha experimentado diversas situaciones que lo motivaron a participar desde su quehacer profesional en esta terapia complementaria que se desliga de la tradición científicista, para lograr el humanismo en la atención en servicios en salud, la cual actualmente es tema principal de debate.

Por lo anterior la presente investigación se propone reconocer al profesional de la salud como sujeto mediante la visibilización de su historia enmarcada en la experiencia de ser clown, entendiendo la risoterapia como una terapia complementaria que ofrece una posible respuesta para retomar la humanización en la atención en salud.

En la investigación se plantea como objetivo conocer y comprender los significados que otorgan los profesionales de la salud clown a su práctica profesional en la risoterapia; basada de la conceptualización realizada por Bruner, donde el significado se entiende como mediador entre la experiencia subjetiva y la experiencia cultural que permite transformar las creencias, acciones y el entorno del ser humano paralelamente (Arcila Mendoza, Mendoza Ramos, Jaramillo & Cañón Ortiz, 2010); que para la presente investigación; el significado construido por los profesionales clown en sus experiencias subjetivas respecto a la práctica profesional, media entre el significado construido en la experiencia cultural en torno a la acción médica científica y la práctica profesional para llegar así a encontrar un nuevo sentido de la práctica profesional en la risoterapia.

Esta investigación se logró con la participación de seis profesionales del área de las ciencias de la salud: tres médicos, dos psicólogos y una fisioterapeuta, quienes fueron referenciados por personas que hacen clown, y con quienes se realizó entrevistas semiestructuradas en torno a su experiencia profesional como clown.

Los resultados de esta investigación se presentan en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se presenta la fundamentación teórica y científica del ejercicio profesional de los profesionales de las ciencias de la salud con reflexiones de estudiosos o de autores que plantean alternativas de otras visiones, llamadas medicinas alternativas y complementarias, en las que se puede ejercer la atención en salud que conlleven a un enriquecimiento humanista del servicio, tanto para el personal de salud como para las personas que reciben su atención.

En el segundo capítulo: Soy clown... soy yo mismo, se develan los significados de ser clown, a partir de las experiencias personales de cada clown entrevistado.

En el tercer capítulo se presenta la conceptualización que los académicos y los clowns entrevistados han realizado de la risoterapia y su aporte que hacen en la prestación de los servicios de salud.

En el cuarto capítulo, se presenta la historia del payaso y su impacto en el clown como propuesta alternativa en la prestación de servicios de salud.

A manera de reflexión y conclusión general, se identifica la necesidad de ampliar las miradas del conocimiento para su enriquecimiento, a fin de trascender para el bienestar integral del ser humano en cuanto a atención en salud se refiere, como se viene desarrollando en otros países respecto al abordaje de las diversas prácticas médicas.

Los propósitos de develar las razones por las cuales el profesional de la salud decide ser clown, conocer sus prácticas cotidianas, indagar sobre los significados construidos alrededor de su

práctica profesional en el transcurso de su trayectoria profesionales y sobre las tensiones profesionales y personales que experimentan los profesionales de la salud clown en torno a su quehacer profesional en la risoterapia, se alcanzaron; sin embargo se debería profundizar más en sus trayectorias profesionales, para visualizar los aspectos que favorecieron la incursión en la risoterapia como práctica alternativa de salud.

Capítulo I: El positivismo en la salud y las terapias complementarias

En este primer capítulo se desarrollarán de manera breve algunas tendencias teóricas y científicas que influenciaron la manera en la que se orientó la producción de conocimiento y las formas de práctica profesional de las ciencias de la salud, los cuales dieron lugar al discurso hegemónico del modelo médico actual en Colombia; transponiéndose en el ejercicio de todas las ciencias de la salud; abriéndose el debate en torno a la relación del profesional de la salud con el paciente, como parte esencial de las dinámicas del sistema de salud.

De igual manera se observarán brevemente las terapias de salud alternativas y complementarias; practicadas en Colombia; avaladas por la legislación al respecto.

1.1 La medicina como disciplina científica

En este apartado, se reseñará la evolución de la disciplina de la medicina a partir de dos momentos históricos: la época greco-romana y la revolución científica, fundamentada en la corriente del pensamiento positivista, el cual predomina en la aplicación de las ciencias de la salud, en la actualidad.

En la Grecia antigua (siglo IV a.C) la medicina se planteó como objetivo el de definir la esencia de la enfermedad y su afección al ser humano y al cosmos; Alcmeon de Crotona, sostenía que “en el cosmos se establecía un balance entre fuerzas opuestas, tales como lo húmedo, lo seco, lo frío, lo cálido, lo amargo y lo dulce” (Ivanovic-Zuvic, 2004, párr. 21) con base en lo cual se comprendió la salud como el equilibrio de dichas fuerzas, por lo que el origen de la enfermedad se daba cuando una fuerza predominaba sobre las otras, ya sea por causalidad interna al organismo o externa al individuo.

Por su parte, Hipócrates comprende al “hombre como microcosmos y el universo como macrocosmos se corresponden entre sí en una relación de isonomía y simpatía” (Ivanovic-Zuvic, 2004, párr. 32), es decir como leyes que se afectan una a la otra. Lo anterior justifica la comprensión del cuerpo humano como un elemento de la naturaleza, al igual que el resto del universo. Para el pensamiento hipocrático la enfermedad es también un desequilibrio de los humores, por lo que el actuar del médico se centraba en el uso de la técnica para volver al cuerpo a su equilibrio:

La naturaleza es por sí misma sanadora y el saber del médico debe ajustarse a los principios básicos de la *physis* y no estar en contraposición con ella. De este modo, la acción del médico será permitir que la *physis* recupere su armonía, puesto que ella misma posee las capacidades de curación, la que sólo es ayudada por la terapia del médico (Ivanovic-Zuvic, 2004, párr. 39).

Bajo esta concepción, el rol del médico se centraba en realizar un acompañamiento al enfermo en el transcurso de su enfermedad con el fin de atenuar con sus saberes; el dolor y el sufrimiento del enfermo (Pfeiffer, 2003).

El otro momento histórico, de gran significado para la humanidad occidental, fue la revolución científica del siglo XVII; liderada por Galileo Galilei, con fuertes influencias en los diferentes campos de la sociedad y del desarrollo del conocimiento construyéndose el positivismo, como corriente del pensamiento que ha dirigido sus esfuerzos en la producción de conocimiento de la realidad mediante datos empíricos. Para Kolakowski (1988), citado por Meza Cascante, (2010, p. 1) “el positivismo es un conjunto de reglamentaciones que rigen el saber humano y que tiende a reservar el nombre de “ciencia” a las operaciones observables en la evolución de las ciencias modernas de la naturaleza”.

El positivismo supone que la realidad está dada y que puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente; por lo que asume la existencia de un método específico para conocer esa realidad y propone el uso de dicho método como garantía de verdad y legitimidad para el conocimiento (Meza Cascante, 2010).

De acuerdo con Dobles, Zúñiga y García (1998), citado por (Meza Cascante, 2010) el positivismo se caracteriza por postular que la realidad existe independientemente con respecto al ser humano que la conoce y por ende el sujeto, que es independiente del objeto de estudio (es decir que es neutral), descubre el conocimiento, teniendo acceso a la realidad mediante los sentidos, la razón y los instrumentos que se utilice, los cuales permiten llegar al conocimiento científico, asumiendo que: a) lo que es dado a los sentidos puede ser considerado como real, b) la verdad es una correspondencia entre lo que el ser humano conoce y la realidad que descubre y c) el método de la ciencia es el único válido.

Con el surgimiento del positivismo, como resultado de dos principales necesidades sociales de la época: liberar a las ciencias de la metafísica y legitimar el poder por medio de la razón, se origina como argumento la existencia de un conocimiento verdadero que rige un orden natural-social en miras al progreso; para tener el control y el poder (Stolkiner, 1989), argumento que fundamenta el considerar el modelo de ciencia occidental como la única forma válida para explicar la realidad (Stolkiner, 1989), consideración que hoy día es conocida como científicismo.

La salud como esfera de conocimiento y campo de lo social adoptó estas influencias positivistas, las cuales dieron lugar a reflexiones diversas:

En la época contemporánea (Revolución Francesa, 1789, a la actualidad) se genera una serie de cambios que incluye el desarrollo económico y tecnológico, lo que traspasa las fronteras geográficas; y en materia de salud se dan avances, gracias a la investigación

científica avalada por los movimientos positivista y pos positivista cuantitativo imperantes representados por Augusto Comte (Montpellier, Francia, 1798-1857) y el Círculo de Viena (1925), respectivamente (Seguel Valenzuela & Sanhueza, 2012, p. 162).

obteniéndose el desarrollo de tecnología biomédica diagnóstica y terapéutica, favoreciendo la eficacia en la atención médica, además del fortalecimiento las disciplinas especiales de la medicina. Esta medicina científica ha sido reconocida en el mundo occidental como el modelo terapéutico más eficaz y exclusivo, consolidando en una estructura sociopolítica, socioeconómica, y sociocientífica, al mismo tiempo, excluyente de otras prácticas curativas.

Pero también existen detractores de esta corriente del pensamiento en las practicas medicas; quienes afirman que se dio origen a: “una representación de la salud asocial, individualista, centrada en una medicina del órgano, biologisista, monocausal, paternalista y autoritaria” (Stolkiner, 1989, p. 6) que obedece a una analogía frecuentemente usada por el positivismo del cuerpo humano como un cuerpo máquina.

Esta última representación de la salud y el cuerpo fue adoptada por la disciplina médica, la cual abre su camino para constituirse como ciencia y da los primeros pasos para diferenciarse de los otros modos de practicar la medicina, instaurando así lo que Menéndez (1988) llama el Modelo Médico Hegemónico, entendido este como:

Un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas el conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el estado (Menéndez, 1988, p 451).

Con la legitimación del modelo médico hegemónico por parte del Estado, -que más adelante se desarrollará en el caso colombiano, - y de la ciencia; la medicina científica transformó su encargo, alejándose de la que había en la Grecia antigua e incursiona en la búsqueda de la enfermedad como su objetivo, “no por conocer la esencia de esa enfermedad como pretendían los griegos, sino para actuar sobre ella, intervenir sobre la secuencia de los hechos con el fin de que no produzcan efectos indeseados” (Pfeiffer, 2003,p. 2), es decir que, se transformó el objetivo de conocer y atender el dolor y el sufrimiento padecido por el enfermo, por el de actuar con eficacia; transformación que cambió las dinámicas de atención en salud y que abrieron las puertas a los debates que se sostienen hoy día respecto a lo que se conoce como humanismo médico, que no ocupa sólo a los médicos sino en general a los profesionales del área de salud.

1.2 La formación científicista en las disciplinas del área de salud

En la época moderna la lógica positivista fue la corriente del pensamiento a considerarse en los modelos de educación, incluso en la medicina, que es la disciplina rectora de las ciencias que hoy agrupamos en el área de salud, orientando los currículos académicos de las instituciones formales de educación superior, y reduciendo con esto, la enseñanza de los saberes ajenos o diferentes a la lógica positivista y que obedeciendo al modelo médico hegemónico se basa en los conocimientos fundamentados en la evidencia empírica, lo que lleva a que se piense en la enseñanza que

el aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos (Menéndez, 1988, p. 2)

Otro aspecto que llevó a que se arraigara con mayor fuerza el positivismo en la educación formal de las ciencias de la salud fue la publicación del informe Flexner, que en el año 1910 pide a las escuelas de medicina de América promulgar normas de admisión y de graduación más altas, exigiéndoles adherirse estrictamente a los protocolos de la corriente predominante de la ciencia en su enseñanza y la investigación para así lograr que la medicina se constituyera como una profesión científica (ciencia positivista).

Las escuelas que no se regían o no alcanzaban estos nuevos estándares de ciencia positivista fueron cerradas (Peña & Paco, 2007), lo que implicó que la medicina tradicional y la medicina alternativa como saberes y prácticas no positivistas, no se tuvieran en cuenta por largos años en la enseñanza y la investigación de la medicina al no ajustarse a las exigencias científicas publicadas en el informe Flexner, constituyéndose como un logro más del modelo médico hegemónico.

1.3 La salud científista en el Estado

Colombia desde 1991, en la reforma constitucional continúa proclamándose como un Estado Social de Derecho, es decir, como un Estado que se compromete a velar y garantizar los derechos humanos a sus ciudadanos. En este sentido, se compromete a garantizar el derecho a la salud que, aunque no es fundamental por sí mismo sí lo es por conexidad, en tanto es un derecho indispensable para garantizar el derecho fundamental a la vida.

En el compromiso por parte del Estado de garantizar el derecho a la salud, éste ha creado normativas como la ley 100 de 1993 y la ley 1751 de 2015 entre otras, alusivas a la salud; que regulan la prestación de servicios y el derecho a la salud respectivamente; desarrollándose en

forma progresiva, con el objeto de amparar a toda la población y su calidad de vida, como lo establece el artículo 2 de la ley 100 de 1993.

Lo contemplado por el Estado, en la legislación que garantiza la prestación de servicios de salud a la población colombiana, está basada en los resultados de las investigaciones reportadas por la comunidad científica internacional, quien ha concluido sus investigaciones bajo los parámetros del método científico promulgado por el positivismo. De esta manera, la formación en las ciencias de la salud prosigue bajo la tradición del conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica, que más adelante se refleja en la praxis del ejercicio profesional.

La legislación nacional contempla en un único momento, a través de la ley 100 de 1993 la posibilidad de atención en salud en el marco de la medicina alternativa, bien sea terapéutica o complementaria, siempre y cuando esté avalada científicamente, como se establece en la resolución 5521 de diciembre del 2013 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social:

Artículo 31. Medicina y terapias alternativas y complementarias. Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas y complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia. (Ministerio de Salud y Protección social, 2013)

Artículo 132. Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el pos. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por

evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente (Ministerio de Salud y Protección social, 2013).

A pesar de lo anterior, que menciona la inclusión de la práctica de medicina alternativa y complementaria en el Plan Obligatorio de Salud la posibilidad de acceder estos servicios es inexistente, como lo reafirma la sentencia T-654/10 de la Corte Constitucional:

El Estado ha aceptado y regulado la prestación de tratamientos de medicina alternativa, dejándola como potestad de las entidades promotoras de salud. Igualmente, la jurisprudencia constitucional la ha reconocido como tal, sin embargo, no ha protegido la prestación de estos servicios en el contexto del derecho a la salud debido a la carencia de elementos que comprueben su eficacia científica (Corte Constitucional, Sala quinta de revisión, T-654/10)

Para el caso de los tratamientos de medicina alternativa, éstos única y exclusivamente pueden ser considerados dentro del POS una vez aprobada y evaluada su eficacia, si la infraestructura paulatina que se consolide permite ampliar la actividad de las E.P.S. a servicios de éste tipo (Corte Constitucional, Sala quinta de revisión, T-654/10)

Concluyentemente, el Estado seguirá avalando la prestación de servicios de salud, según los protocolos emitidos por la comunidad científica internacional, dejando a las EPS, como responsables de avalar o no, las practicas medicas alternativas y sus complementariedades.

1.4 La relación médico – paciente en la práctica científicista

Estudiosos de la relación médico - paciente en el contexto del modelo médico hegemónico sostienen que el juramento hipocrático que los médicos al graduarse aceptan; cumplir con las cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad (Rodríguez, 2006). De acuerdo con el juramento hipocrático, el “médico debe mostrar permanente adherencia a los principios éticos al proveer atención en la práctica clínica, asegurando la confidencialidad de la información del paciente, respetando su autonomía y demostrando de manera permanente sensibilidad y respeto ante el paciente como ser individual” (Delgado, 2011, pp. 15 -16); les es difícil de cumplir por lo expuesto a continuación.

Actualmente se sostiene el debate respecto a la relación que entabla el médico con el paciente en la práctica clínica, atribuyéndole esta crisis no solo a la presencia dominante de la medicina científicista sino también a las nuevas lógicas neoliberales del sistema de salud en donde la salud se limita a un servicio comercial en el cual “el Estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica” (Rodríguez, 2006, párr. 34) convirtiendo así al paciente en un cliente y al médico en un “vendedor”. y además se pone tiempo límite en la consulta, es “necesario tiempo suficiente para la relación médico-paciente, para hacer la anamnesis, no se puede tener un límite corto, 17 minutos para una consulta puede ser reducido, habrá casos que son suficientes pero cada historia clínica, como cada caso es distinto” (Cualsiapud Córdoba, 2013, p 15). Rodríguez (2006, párr. 21) afirma que “esta situación ha afectado profundamente la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones”.

El desarrollo tecnológico ha traído grandes avances para el tratamiento de la enfermedad, como también ha hecho su contribución al deterioro de la relación médico – paciente en tanto favorece la distorsión del ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico, esta tecnificación ha afectado negativamente la relación médico-paciente (Rodríguez, 2006; Seguel Valenzuela & Sanhueza, 2012; Marsigli, 2006) ya que,

nada les dará mayor confianza, apoyo y esperanza, que observar en el médico una actitud de verdadero interés por su persona y su problemática, en la búsqueda afanosa de comprensión para pensamientos, emociones o conductas patológicas o no, en estricto apego a las normas de consideración, respeto, discreción y ética, como incondicional confidente de sus infortunios (Marsigli, 2006, párr. 48).

Igualmente, la tecnificación en la atención en salud también ha favorecido la disminución del sujeto como

sujeto activo en su propio proceso de salud y enfermedad, en medida que entra en esta compleja red de sometimientos a distintas formas de poder, que como están planteadas para la sociedad, se plantea inclusive para la relación médico – paciente. La homologación de saber – poder (Stolkiner, 1989, p. 6).

El fundamentar los conocimientos en el área de la salud en el biologismo y centrarse en la búsqueda de la enfermedad y del órgano afectado deja como consecuencia que

el médico despersonaliza la enfermedad, no la ve en el marco de un ser real, en espacio y tiempo, sino como la falla anónima de una función o de un órgano. La enfermedad planteada como si fuese una intrusa que surge a partir de una serie de

causalidades mecánicas. En el consultorio se realiza el acto médico, el encuentro con la enfermedad, se produce la ausencia de interacción entre dos sujetos, la enfermedad salta a la escena y desplaza al ser humano. Aparece un marcado interés por encontrar signos que permitan descubrir la patología del cuerpo. La historia fragmentada del paciente resalta la especificidad de lo biológico. La historia clínica desplaza a la historia del ser humano” (Vetere, 2006, p. 38)

En el modelo hegemónico cobra importancia los hallazgos de la enfermedad y su tratamiento para reafirmarse como avances científicos, así como la calidad de vida de las personas que padecen de estas enfermedades, en la mayoría de los casos, porque la investigación que conllevan a estos hallazgos; tiene como finalidad última el propósito de prevenir y curar las enfermedades, para el bienestar de la humanidad, sin embargo, algunos factores en el proceso de la prestación del servicio de salud de tiempo limitado y oportunidad en la atención, hace que el paciente se sienta insatisfecho, más aún, si el personal médico entabló una relación mecanizada con la persona; eventos que afectan negativamente al modelo medico hegemónico, sin que sea este el directamente responsable de la insatisfacción del paciente, si no del sistema y de alguno de las personas que hacen parte de él.

1.5 Medicina complementaria en Colombia

La Organización Mundial para la Salud (2002) en la estrategia sobre medicina tradicional de 2002-2005 afirma que, la utilización de la medicina tradicional y complementaria, es ancestral en todas las regiones del mundo, generándose opiniones diversas, de escepticismo hasta su aceptación dogmática; particularmente en los países en vías de desarrollo, siendo significativo su demanda creciente en los países desarrollados.

Este hecho ha promovido en algunos países la revisión de las políticas de salud, propiciando que la OMS, también se involucre en este debate, frente a la seguridad, eficacia, calidad, acceso y uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa; que, por su diversidad en creencias, terminología, terapias, productos, metodologías para registrar resultados, que son diferentes a los parámetros de la medicina convencional o científicista, su validez no ha sido demostrada.

A pesar del gran debate respecto a la gran variedad de prácticas médicas alternativas y complementarias, no convencionales; la OMS (2002) define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

El Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa en Estados Unidos define las medicinas alternativas y complementarias como “el conjunto de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional” (Rojas-Rojas, 2012, p 1), entendiendo las complementarias como las prácticas utilizadas en conjunto con las terapias convencionales, mientras que las alternativas sustituyen las prácticas convencionales.

La primera normativa reguladora de los servicios de salud en Colombia se realizó en el año 1869, ley que incluía regulaciones en torno a la medicina homeopática (homeopatía), a esta la siguió la ley 14 de 1962 en donde se autoriza sólo a los médicos titulados por instituciones de educación superior practicar la medicina homeopática. No es sino hasta 1993 con la ley 100 que se contemplan otros modos de práctica médica y se habla de Medicinas Alternativas y Terapias

Alternativas y Complementarias (MA y TAC), puesto que se percibía ya como una demanda en crecimiento por parte de los pacientes. La ley 100 también acepta la práctica de MA y TAC por profesionales de la salud y no la restringe solo a personal médico (SENA, 2006).

En 1997, con el decreto 2753 se estipula que en el diseño de la prestación de servicios de salud se puede tener en cuenta la diversidad cultural y étnica y además incluir la medicina alopática y alternativa, sin embargo, solo autoriza al personal médico la practicas de terapias alternativas. En 1998, con la resolución 02927 del 27 de julio se define y regula las terapias alternativas identificándolas como servicios de carácter ambulatorio, definición que se mantiene en la resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la cual agrega la regulación de los procesos de habilitación y acreditación de las terapias alternativas (SENA, 2006). Con la ley 1164 de 2007 dirigida al talento humano en salud se regula, en el artículo 19, el ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementaria

La oferta de formación en terapias complementarias o alternativas en Colombia es realizada bajo la figura de educación no formal sea ésta ofertada por instituciones reconocidas por la ley como formales o como informales. Dicha oferta está dirigida principalmente a personal de las ciencias de la salud, aunque no es exclusiva de profesionales (SENA, 2006). Si bien en Colombia se reconoce, mediante la legislación, la existencia de las terapias alternativas y complementarias en manos de profesionales con su respectiva capacitación en educación formal, existe una contradicción en tanto el Estado no reconoce los cursos y programas en MA y TAC como educación formal (SENA, 2006).

1.6 Necesidad de humanización en la atención en salud

El cambio de paradigma en relación a la salud, donde ésta se comprende como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948), además de los fuertes cuestionamientos que se han generado alrededor de la atención (principalmente positivista) a la persona enferma abre las puertas a la necesidad de que en la atención en salud se sobrepase los límites de la biología y se extienda la atención a una dimensión psicológica y social de los pacientes. Dicha necesidad se traduce a lo que se conoce como humanización, comprendiéndola como el abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y social del paciente (Ceballos & Gutiérrez, 2012).

En tal sentido, estos cuestionamientos al concepto de salud de la OMS, son refutados, trascendiéndolos a:

La verdadera medida de la salud no es la ausencia de enfermedad o invalidez, sino la capacidad de funcionar efectivamente dentro de un determinado medio ambiente; es el proceso de adaptación continua a los millares de microbios, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre. (Dubos & Pines, 1974, párr. 2).

Más adelante el modelo de atención en salud biomédico, en el que se comprende la enfermedad solo a partir de procesos fisiológicos o desequilibrios químicos, fue reemplazado por otro enfoque de la salud de la medicina especializada, en la que la persona enferma, fue fraccionada, para atender y tratar su órgano afectado. Y posteriormente con la identificación de la morbilidad y mortalidad de personas por causa de enfermedades prevenibles, se desarrolló el modelo de salud preventiva.

Con los alcances de las investigaciones epidemiológicas, se determinó la pluralidad de factores de riesgo ambientales para conservar la buena salud, apareciendo un nuevo abordaje de atención en salud, bajo el modelo de enfoque biopsicosocial, integrando al equipo médico de atención, además de las disciplinas específicas básicas y especializadas, a otros profesionales esenciales, para comprender y atender, desde la prevención y curación, para mejorar en su totalidad la calidad de vida del individuo y la sociedad.

Si bien, se evidencia avances significativos en los conceptos de salud, y su aplicabilidad en los modelos de atención, con el propósito de encontrar el ideal, que permita una atención humanizada y contextualizada para cada quien, aún se persigue la humanización en la atención en salud.

La humanización de los servicios de salud se le atribuye principalmente a la manera en la que se da la relación del profesional de la salud con el paciente, relación que desde la lógica positivista no se le atribuye mayor importancia, puesto que ésta no es un parámetro que evidencie el carácter científico de la disciplina como sí lo evidencia la pericia del profesional en identificar bajo parámetros biológicos la enfermedad y atacarla con la experticia técnica.

“El médico que sólo se fija en el mensaje mecánico, sin escuchar o intuir lo que dice esa alma, se comporta como un desalmado, al igual que la máquina. Actuar así, sin ponerle espíritu a su profesión, es algo propio del práctico utilitarista, del médico que hace alardes de ser un científico puro. De él no puede esperarse una medicina humanizada, pues ésta se sustenta en la consideración, en el respeto y en el amor al prójimo. Y el amor, como el respeto y la consideración, se dispensan con el alma. Razón tenían quienes afirmaban que, para poder sanar de verdad, el médico

debía penetrar más allá de la envoltura física del individuo enfermo” (Ceballos y Gutiérrez, 2012, p 14).

Vera-Delegado (2004) afirma que el *humanismo en medicina* se define como:

actitudes y acciones del médico que demuestran interés y respeto por su paciente, direccionadas hacia los intereses, inquietudes y valores de los enfermos, generalmente relacionados a los aspectos espirituales, psicológicos y sociales y que ubica al ser humano como su preocupación esencial, en el centro de la reflexión y como eje gravitatorio de todo el universo (Vera-Delegado, 2004, p. 3)

Al surgir la humanización en la relación del profesional de la salud con el paciente, se debe tener en cuenta que esta no debe tener como punto de partida la presencia de un observador distante (profesional) y un objeto de conocimiento (paciente) sino que debería contar con la presencia de “un yo y un tú, dos personas que se encuentran en una atmósfera de amistad, en la que el individuo enfermo busca y encuentra ayuda. Es un encuentro de personas, al cual cada uno llega procedente de su propia historia” (Ceballos y Gutiérrez, 2012, p 14). De aquí que surja otra necesidad y es la de reconocer al profesional de la salud y al paciente en su condición de personas.

Capítulo II: Soy clown... Soy yo mismo

“Uno no actúa un Clown, uno lo es.”

Jacques Lecoq

En este capítulo se pretenderá desarrollar cómo se construye el Yo clown, comprendido como el personaje representado por el médico clown en sus sesiones de risoterapia, y cómo éste es la expresión del Yo interior del profesional de la salud en su búsqueda de humanizar la práctica clínica y los servicios de atención en la salud.

Luego se presentará una breve descripción del personaje que personifica cada profesional clown y una breve descripción de experiencias, creencias y formas de ser de los profesionales, para poner de manifiesto cómo se expresa el yo del profesional de la salud en el yo clown en cada caso particular de cada participante mediante las experiencias personales, es decir, que el personaje clown supera una creación ficticia y se transforma en una exteriorización y personificación de los significados y vivencias que cada profesional clown ha vivido de tal manera que se convierte en la expresión de su ser amplificado

2.1 El yo del profesional de la salud y el yo clown

En este apartado intentaré esbozar cómo el clown es la expresión y excusa del yo de los profesionales de la salud que participaron en esta investigación, con base en los postulados realizados por Jerome Bruner (1995).

Para poder comprender cómo el clown se convierte en la expresión del yo del profesional de la salud, se parte de la idea de que los constructos personales son los que dotan de sentido al mundo y permiten la construcción de la realidad en la que el sujeto, en este caso el profesional de la salud clown, actúa en el mundo que al mismo tiempo es un sistema cultural. Construcción personal, dinamizada con las realidades de las demás personas que hacen parte de la cotidianidad,

en la que necesariamente se llegará a acuerdos o desacuerdos, por las comprensiones variadas y subjetivas de las realidades personales; modificado con ello las propias persepciones de sus mundos, trascendiendo en el cambio de los sistemas culturales y sociales.

Pese a los intentos de identificar el yo, éste no se puede lograr exclusivamente en la persona o en el sistema cultural en el que se participa, puesto que el yo es negociado y distribuido, del mismo modo que las realidades sociales, entre el sujeto mismo y los participantes del sistema cultural del que éste hace parte. Entonces el yo se puede considerar en una dimensión intra e inter psicológica, en tanto se construye del interior al exterior y del exterior al interior. En este sentido el yo puede considerarse como el resultado de las situaciones en el que los sujetos operan como parte de una red de participaciones. Sin embargo, el yo; como resultado de la dinámica de esta red; no se puede estandarizar, debido al modo de cómo el ser humano se orienta hacia la cultura y el pasado; ya que con la *reflexividad humana: entendida* como la capacidad de volver al pasado y alterar el presente en función de él o de alterar al pasado en función del presente, con la capacidad de *imaginar alternativas*: ideando otras formas de ser, actuar o luchar. Basados en lo anterior, el Yo, siempre estará dinámico y sujeto a innovaciones.

Por consiguiente, el yo clown se puede comprender como la alternativa imaginada y escogida por el yo del profesional de la salud, como producto del proceso reflexivo del yo personal, del profesional de la salud en torno a las experiencias del pasado en relación a la práctica clínica y la atención en los servicios de salud que se vienen ejerciendo en el sistema de salud; enfocado a curar el órgano o sistema fisiológico afectado, lo que genera inconformidad de acuerdo a la incoherencia con el significado construido por los entrevistados; en torno al deber ser de la práctica clínica y la atención en los servicios de salud, concebido como la atención humanizada que observa al paciente en todas sus dimensiones intrínsecas de ser pensante,

actuante y sensible, que requiere suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. En este sentido ser profesional de la salud clown se convierte en la alternativa escogida para alterar el presente luego de un proceso reflexivo del pasado.

Así mismo el carácter distribuido del yo clown, consiste en ser parte de un entramado de relaciones en el sistema de salud, en el que su naturaleza distribuida, consiste en dar de sí mismo, comprendiendo su yo, a los pacientes, sus familias, los profesionales en los hospitales y otros clowns, quienes hacen parte del proceso de construcción del yo clown. De algún modo el rechazo a la práctica deshumanizada; hace pensar al profesional de la salud en ser clown, de tal manera que esas prácticas culturales efectuadas por otros hacen parte de la construcción del yo clown que no es otra cosa que la expresión del yo del profesional de la salud.

Bruner (1995, p 117) afirma que “el abanico de cosas que la gente considera que está bajo influencia de su propia agentividad varía [...] con el lugar que uno siente que ocupa dentro de la cultura”, es así, como estos profesionales de la salud consideran que está bajo su responsabilidad volver el sistema más humanizado y buscan alternativas para hacerlo mediante la relación del yo del profesional y el yo del paciente, según Brunner (1995, p. 117) “sentimos que determinadas situaciones son impersonales, y en esas situaciones creemos que nuestros propios Yoes y los Yoes de los demás no son operativos, y no puede invocarse legítimamente”, dicha imposibilidad de involucrarse del profesional de la salud y el paciente es lo que se conoce como deshumanización de la práctica clínica. Entonces el clown se convierte en una excusa para revelar el yo propio y el del paciente con el fin de hacer la práctica clínica más humanizada mediante la relación con el paciente, procurando la relación entre dos yoes que interactúan, teniendo en cuenta que “el yo solo puede revelarse mediante una transacción entre alguien que habla y alguien que escucha” (Bruner, 1995, p. 122).

Es así entonces, como el yo clown escucha al yo del profesional de la salud, que son la misma persona que comparten los mismos gustos, intereses, formas de comportarse y hasta la misma historia que los configura; para continuar en su búsqueda de ser un yo humanizado en la práctica clínica, a pesar de ser incomprendido por la mayoría de actores del sistema de salud y de las exigencias propias del modelo hegemónico que legitima la versión del profesional de la salud de bata blanca, a partir de las concepciones oficiales del yo del profesional de la salud que es utilizado por el discurso hegemónico para instaurarse como único válido.

2.2. El clown y lo que esconde su nariz

2.2.1 Carucha y Carolina

Carucha se pasea por el hospital cada sábado, junto con su grupo de amigos de médicos payasólogos; que llaman la atención de todos los que se encuentran allí, ella lleva siempre unas medias de colores brillantes y llamativos, una bata blanca con algunas figuritas pegadas, sus instrumentos médicos, que al parecer son de juguete y en ocasiones lleva cepillos de dientes que le obsequia su amiga, el hada de los dientes.

Carucha y su grupo médicos payasólogos van de habitación en habitación; para visitar a todos los niños que están enfermos en el hospital. Ella se asoma por la puerta con una enorme sonrisa, a veces canta y otras veces hace burbujas de jabón para pedir permiso a cada niño, para entrar a su habitación, a veces no lo consigue, pero ella no se rinde, ella vuelve a intentarlo la próxima vez que va al hospital.

Carucha es una buena doctora, o al menos a los niños que atiende les gusta, pero es un poco torpe, ella suele poner su fonendoscopio en la rodilla de sus pacientes para escuchar su corazón, ellos solo ríen y le dicen que ahí no queda el corazón. Ella se sorprende todo el tiempo,

aunque por su estatura parece ser una adulta, ella es una niña que descubre el mundo a cada instante.

Carucha es diferente a todos sus amigos, aunque también se viste colorido y lleva una nariz roja, ella es tranquila y la mayoría del tiempo es tímida, pero eso les gusta a muchos de sus pacientes, con los cuales logra acercarse más fácil, pues no a todos le gustan los médicos, aunque sean payasólogos.

Carucha nunca está sola, ella siempre va acompañada de Carolina, aunque nadie se dé cuenta de que ella está ahí porque se hace invisible con la nariz roja que Carucha siempre tiene puesta. Carolina es una persona muy tranquila que le pone mucha atención al cuidado personal, a las personas que están a su alrededor y se preocupa por el bienestar del otro. Carolina es hija de una odontóloga, ella es una médica a la cual le preocupa de sobremanera las caries y los problemas de salud que estos traen. En su profesión, desde que estaba en la universidad ha tenido siempre una especial preocupación por la empatía que genera con sus pacientes y tiene la firme convicción que cuando la relación con sus pacientes está basada en una buena empatía, las recomendaciones y tratamientos que ella les dé van a tener mayor efectividad. Como doctora, encontró en la risoterapia la solución a esta preocupación, siendo clown incluso cuando no tiene la nariz roja.

Carolina, inició a introducirse en el mundo del clown cuando estaba quinto semestre de medicina, ella, iniciando sus prácticas clínicas con sus compañeros de la universidad, se dieron cuenta que el hospital era poco amigable para los niños, “todo muy blanco, muy limpio, pero también carentes de muchas partes de humanización” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015), entonces con esa excusa, y sin ningún entrenamiento, simplemente con muchas ganas se puso junto con algunos de sus compañeros una nariz roja, hicieron unos personajes más o menos ficticios y empezaron con música, simplemente ella ha tenido esa sensibilidad desde el colegio,

de cómo de poner un granito de arena para que el mundo sea mejor, y cree que la Fundación Corazón en Parches en la que resultó su incursión con sus compañeros en el clown, es su granito de arena para eso.

Carolina siempre fue apoyada por su mamá, pero esto era muy diferente en el hospital, los médicos y el personal de salud no fueron muy receptivos porque creían que ella y su grupo eran un estorbo, Carolina siempre ha luchado para que no la confundan con un payasito animador.

2.2.2 Suspiritos y Johana

Suspiritos desde que llega al hospital es observada por todos, y no es para menos, ella resalta a simple vista, se pone sus tenis blancos con un cordón de color diferente al otro, su pantalón oscuro ceñido a sus piernas interrumpidos por sus medias color fucsia que le llegan hasta la mitad de la canilla, su esponjoso tutú de bailarina con una mezcla de colores rosados, morados y rojos; una camiseta negra en la cual resalta una flor de color fucsia vibrante; su bata blanca con notas musicales, burbujas, nubes y una bailarina; su manilla y accesorio del cabello hecho de pompones de lana de colores brillantes y por supuesto su nariz de payaso, acompañado de una enorme sonrisa y tonos rosados y morados en sus ojos, no pueden pasar desapercibidos.

Suspiritos pasa por las habitaciones de los pacientes y lo primero que hace es tocar a la puerta y preguntar si puede entrar, algunas veces no la dejan y ella, junto con los demás payasos que van, le dejan un detalle al paciente que no les dejó entrar y vuelve a intentarlo la próxima vez que vuelven al hospital.

Cuando se trata de consentir y cuidar; Suspiritos está ahí, ella trata siempre de acercarse a las personas con afecto y cariño, ella espera poder brindar amor a todos los que la rodean. Ella va bailando por donde pueda y si no va entonando cantos por doquier.

Johana es una fisioterapeuta muy sentimental, que procura que su trabajo no solo aporte a la salud física de sus pacientes, sino que busca otras formas para contribuir al bienestar de los pacientes; ella siempre está suspirando, no sabe si es patológico o no, pero ella dice que suspira porque está enamorada de la vida, ella da vida a Suspiritos. A Johana le encanta bailar y cantar, y se describe como una persona tierna.

Johana cuando inició sus prácticas clínicas, llegaba a su casa agobiada por el dolor que había percibido durante todo el día en el hospital, incluso, llegó a pensar que no servía para trabajar en uno ni estudiar nada referente a la salud, Su madre, muy creyente, siempre le decía “de pronto tienes que aprender algo”, apoyándola y ayudándola.

Cuan Johana conoció el clown, hace más de dos años y tomó la decisión de hacer el taller clown por curiosidad, luego de ver en facebook una publicación de la Fundación de la Doctora Clown que le pareció interesante. descubrió en la risoterapia una oportunidad para aportar calidad de vida a los pacientes, para ella es “una bendición tener la oportunidad de ayudar a alguien en sus momentos difíciles, de apoyarlos de pronto física y emocionalmente en un proceso que pueda que sea su último proceso o puede que sea su recuperación más maravillosa” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016).

Aunque Johana se siente bendecida por la oportunidad que le da el clown, cree que como en Colombia no hay formación en risoterapia, su trabajo no es valorado y siente que la creen loca cuando actúa como clown. Esto en el hospital no cambia, porque los médicos y enfermeras sienten que les quita el tiempo porque tienen mil pacientes que atender, andan estresadisimos, sin embargo, se siente aceptada en el Instituto Nacional de Cancerología, donde va con el grupo clown al que pertenece, porque en el Cancerológico sienten que realmente hay resultado y que ayuda a los pacientes.

2.2.3 El doctor Joche y José

El doctor Joche es de origen caribeño y no tiene sentido de la moda, anda por el hospital con rastas y un gorro rastafari, usa una especie de manilla con los colores de Jamaica en la manga que le cubre el antebrazo derecho, le gusta siempre usar bermudas con estampado de flores y tenis de tela con medias azules hasta la rodilla, como la de los futbolistas; una camiseta de color amarillo estampada con una persona en la playa y su bata llena de colores.

El doctor Joche es extrovertido y divertido, hace reír siempre a sus pacientes, a él le gusta mucho la música y aunque no sabe, le gusta tocar la flauta, su amigo el doctor Peluchin, toca la guitarra y todo el tiempo están por ahí componiendo canciones sobre lo que sus pacientes deseen. El doctor Joche no solo compone canciones, sino también crea historias de forma improvisada y con el paciente; siempre con los temas que él escoge, pero no solo lo va construyendo el payaso, sino también el paciente participa de esa creación.

José es el médico que le da vida al doctor Joche y cuando era niño, vivió en la costa caribe con su familia, le gusta escuchar música y le gustaba mucho el reggae, en especial el cantante jamaicano Bob Marley. Desde el colegio José estuvo en grupos de teatro, él es de personalidad extrovertida y es una persona muy activa. Como parte de sus actividades artísticas en el mundo del teatro le llamó la atención la cuentería y desde la universidad se formó como cuentero.

José entró al mundo de la risoterapia cuando estaba en cuarto o quinto semestre de medicina, en la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga, precisamente cuando veía una materia que era sobre el mundo y la sociedad en la que vieron la película de Patch Adams, llamándole mucho la atención la historia del médico que precisamente buscaba hacer reír a los pacientes, como a otros compañeros suyos, con quienes empezaron a mirar que fundaciones existen a nivel nacional e internacional que hagan clown, como lo que hace Patch Adams y se

encontraron con la Fundación Doctora Clown en Bogotá, por iniciativa personal viajaron a Bogotá, hablaron con Adriana Neira, la directora de Doctora clown, y le contaron la idea de querer crear su propia fundación, que sería más adelante Corazón en Parches.

En las prácticas universitarias en el Hospital Universitario de Santander, tuvieron la oportunidad de ir a celebrar el día del niño, y entre juego y juego, haciendo terapia de la risa, decidieron crear la fundación, buscando principalmente humanizar los servicios de salud, no porque José estuviera de acuerdo con lo que a veces cree la sociedad, que los médicos no se preocupan por los pacientes, sino porque vio la necesidad de que la sociedad viera que combatirla esa idea.

José y sus amigos, en la fundación Corazón en Parches iniciaron a capacitar personas para ser payasos de hospital, en un programa de tres módulos, junto con la compañía de teatro Bufón del Tiempo.

José se ha encontrado con médicos, superiores, jefes, coordinadores y hasta profesores; al médico clown, porque lo ven como mamar gallo, como quitarle seriedad a la profesión, algo poco importante y que no es necesario. Y con mucha gente no le gusta ver al clown en el hospital, diciendo es que en un hospital no tiene por qué haber payasos.

José es feliz siendo clown, su familia siempre lo ha apoyado con todas las actividades que ha emprendido.

2.2.4 Tuto y Javier

Tuto es un payaso diferente, él no es tan colorido como los demás, él se viste con un poncho, un sombrero y algunas maracas. Tuto a diferencia de la mayoría de clown le gusta hacer sus visitas solo, él se define como nómade porque no tiene grupo.

Tuto es muy activo, siempre está haciendo cosas; juega a ser chaman, a curar a las personas, juega a ser personajes, lee la coca, es fastidioso, pero nunca faltando al respeto; también es tierno cuando siente que debe serlo y así mismo cuando tiene que ser duro y se lo permiten, lo es.

Tuto siente que necesita dar esperanza; por eso el mensaje que siempre busca transmitir es que se es feliz porque se siente en libertad, porque se siente bien como está, porque se siente bien con las tristezas, las alegrías, la esperanza y la desesperanza.

Tuto es lo que es Javier, Javier hace lo que le gusta hacer, despierta feliz porque va a hacer lo que le gusta hacer, él siente que las personas tienen la esperanza de hacer lo que les hace ser feliz y hacer lo que les gusta hacer y vivir de eso. Javier cree firmemente que hay mucha más gente como él, mucha más gente como tuto, muchas más personas como payasos o no, que hacen lo que les gusta hacer. Javier necesita ser feliz para motivar a otros a que sean felices.

Javier, antes de graduarse como psicólogo, actuaba como payaso escénico, luego, un día, como profesional graduado en psicología, buscaba estrategias innovadoras en la preparación de una conferencia enfocada en la felicidad, encontrándose con un artículo sobre técnicas de risoterapia y fue entonces cuando descubrió que desde hace tiempo ya era clown, haciéndose consciente continuó su formación de manera autodidacta en el clown.

Un día en el 2011, asistió a un clowcongreso, en el que el Maestro Gabriel Chamé, dictó un taller de clown escénico de este taller; del que salió movido, al tal punto de querer colgar la nariz porque se dio cuenta que lo escénico, ya no era lo suyo, pero gracias a la conversación con su amigo Antón Vale, payaso del circo del sol, quien le preguntó ¿para qué usaba el clown?, entonces él le contestó que para un proceso personal y para usarlo como herramienta para trabajar

con grupos; fue entonces cuando Antón entiende y le dice: “Javier, tú no eres clown, tú haces clown, una persona que es clown o payaso, vive cien por ciento del payaso” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016).

Luego de esta crisis Javier se dio cuenta que ser clown lo hace feliz porque le suma, funciona y lo conecta más con ser interior. Javier siente que “ser payaso, lo hace parte de un gran grupo de personas, que generan un cambio, siente que las personas, muchas veces hacen las cosas, porque tienen que hacerlas, porque el sistema se los dice que lo tienen que hacer y hablan de que el sistema tiene que dar más por ellos, pero ellos no hacen nada por el sistema, siente que ser y hacer payaso, es hacer algo más por el sistema, es generar un cambio por uno mismo para que el sistema sea mejor, más humano, más esperanzador” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016) aunque algunas personas creen que quien se pone una la nariz, ya es un clown.

Javier se siente muy contento con ser y hacer clown, aunque sus amigos y familiares, preocupados por su estabilidad económica, le insinúan que se dedique solamente a la carrera, a la psicología clínica y que trabaje en un hospital, pero Javier no solamente se siente feliz con su ser clown sino agradecido porque este ser le da lo necesario y más para vivir con dignidad.

2.2.5 Mórula y Yudi

Mórula es una payasa que viste como bailarina con su tutú color fucsia, medias de colores y sus grandes zapatos de payaso, junto con su bata llena de parches de estrellas de colores, y siempre lleva muchas flores en su cabello.

Mórula es tranquila, pacífica y siempre busca estar en una buena relación con su ser espiritual, ésta tranquilidad busca transmitírsela a sus pacientes.

Yudi es quien da vida a Mórula, quien escogió este nombre para su clown, por una experiencia personal que cuenta con gracia: “Mi clown, se llama la Dra. Mórula, nace de un amigo de la universidad que me molestaba, porque la mórula es un proceso celular, una división celular; en una clase nos decían que las mórulas se quedaban hasta cierto punto, y como yo no soy como muy alta, y él siempre me decía mórula y porque mi apellido es Mora, lo que asociaba mucho” (Y. Mora, 10 de marzo de 2016).

Mórula y Yudi no son diferentes, esta psicóloga que desde la universidad le llamó la atención las perspectivas holísticas y alternativas; que permiten el proceso y el crecimiento personal, enfocados a los tratamientos complementarios, que muchos de los pacientes utilizan. “Mi clown soy yo al 100 por ciento; yo soy muy extrovertida, pero muy seria con las actividades, soy líder y muchos de los del grupo también. Mi clown es muchas facetas, porque uno lo es, a veces eliges quien quieres ser, sin perder tu esencia ni su autenticidad” (Y. Mora, 10 de marzo de 2016).

Yudi desde su formación como psicóloga, por iniciativa propia, investigó sobre el tema de la risa, encontrando diversidad de temas en los que se puede enfocar, para generar la risa, como las cosquillas, la comedia, el humor, el clown, el yoga de la risa, en que las también se ha formado en México en yoga de la risa con un maestro Hindú, luego en Ecuador se formó en bienestar y alegría que es un método, que utiliza la lúdica y la risa con Sebastian Gendry, también hizo parte de la fundación Doctora clown en Colombia, y ha establecido vínculos con representantes reconocidos en risoterapia en Latinoamérica.

Yudi se da cuenta que es difícil encontrar personas que estén en el medio de la medicina que quieran hacer clown o que seas artista y hagan una contención, específicamente como un doctor de la risa, para ella, estos son dos polos que son opuestos aparentemente, pero llegan a la

misma misión. Siente que hace falta un camino grandísimo que puede aportar la risa en el proceso científico y como una terapia alternativa y gente que se una más.

Yudi desea invertir la creencia popular de que el buen psicólogo hace llorar a sus pacientes, por lo que se propone ser una buena psicóloga desde la risa.

2.2.6 El Doctor Besos y David

El doctor Besos viste muy elegante, él usa un traje con camisa blanca, chaleco, corbatín rojo y pantalón remangado que deja ver sus medias largas con franjas rojas y blancas y que permite resaltar a la vista sus enormes zapatos de charol blanco y negro; se pone su bata blanca y en su cabeza un pequeño sombrero de copa roja, del cual sobresale una flor amarilla y por su puesto su nariz roja que nunca le puede faltar.

El doctor Besos es un ser que nace del amor a uno mismo, es un ser busca que lo amen, que busca ser el centro de atención, pero por medio de eso busca ser humano y hacer que los demás se den cuenta que hay que ser humano; él es dulce, es coqueto, muy coqueto, es molesto, es juguetón. Busca dejar un interrogante en cada paciente, busca llamar a la reflexión acerca de lo que le está pasando a cada uno, la humanidad, del mundo, pero en el momento menos pensado; sorprende y hace un acto de magia sin dejar de lado la reflexión a la que invita.

El doctor besos es todo lo que David quiso ser,

él es todo lo que yo quiero ser, es toda la fantasía que he querido vivir, es toda la ternura que yo he querido para mí. No hay otro papel, no. Nunca habrá. El doctor besos es un ángel, él me cuida, es un personaje, es un ser que nace de mí, de todos esos sentimientos que he tenido, sentimientos de rechazo, de ese niño que oculto, cuando muchas niñas le decían no, cuando él las sacaba a bailar, cuando les decía cosas bonitas, cuando el intentaba enamorarlas, era un galán y un caballero, era

muy coqueto, pero sabía muy bien que hay que respetar a las mujeres que tiene que amarlas, es un don Juan. Es todo para mí, es mágico, es dulce, a él no le importa que le digan que no. Si es pertinente, se lanza, te dice un piropo, te hace llorar; él sí logra enamorar a una mujer (D. Guillen, 12 de diciembre de 2015).

En la casa de David, quieren que sea el típico médico que está sentado en un consultorio de un hospital, pero no, desde que era estudiante de medicina, se impresionó con de la película de Patch Adams; decidiendo emprender su camino en el mundo del clown terapéutico. En su andar encuentra un curso de clown en una escuela de teatro, al que decide inscribirse, en su primer día de clases, se da cuenta que este curso es para niños de entre 6 y 7 años; él contaba con 19 años, aproximadamente, con vergüenza trató de salirse de la clase, pero la profesora lo invitó a quedarse, y definitivamente, este, error, le resultó en un aprendizaje enorme, dado especialmente por los niños.

Pasado el tiempo, David hace parte de un grupo organizador de un evento al que asiste Patch Adams, donde lo conoce a él y al grupo de la fundación Doctora Clown; como si el mundo conspiraba para su crecimiento como clown. Él siguió formándose de manera autodidacta y fundó su propia fundación llamada Fundación Juvenil Sonrisas que aún hoy sigue creciendo en Cuenca, Ecuador; porque con la risoterapia, David busca Sanar el sufrimiento de sus pacientes y no solo curar el dolor que ocasiona la enfermedad.

David es feliz con su fundación y la risoterapia porque se cansó de trabajar con el gobierno donde le exigen que atiendan 33 pacientes en 8 horas de labor. a partir de esta experiencia se cuestiona que “los médicos nos desesperamos por hacer una especialidad y no nos desesperamos por realmente dar una atención de verdad a los pacientes, lo médicos

nos desesperamos por ser más técnicos y no por ser más humanos” (D. Guillen, 12 de diciembre de 2015).

Capítulo III: ¿Por qué soy clown?

En este capítulo se hará una breve conceptualización; realizada a partir de fuentes bibliográficas de la risoterapia y se presentará la conceptualización efectuada por los profesionales de la salud clown participantes, en esta investigación, en el marco de su experiencia. Además, se pondrán en relieve las diferentes razones por las cuales los participantes decidieron ser clown y el valor agregado que consideran que éste modelo práctico, ha aportado a su carrera profesional.

3.1 Los textos dicen que la risoterapia es...

La risoterapia es una terapia complementaria que se basa en las cualidades que tiene la risa para favorecer los tratamientos médicos que reciben pacientes hospitalizados, esta acompaña a las terapias tradicionales ya que aunque aporta a la salud de quienes la reciben no reemplaza los tratamientos médicos convencionales (Lancheros, Tovar & Rojas, 2011), la risoterapia escoge el camino de la risa y el humor para mejorar la calidad de vida, el bienestar y el sentido vital de las personas; con sus técnicas se propone provocar risa de una manera natural y franca; mediante la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, pasajes y estrategias para reír, y así llegar a la carcajada; con el fin de liberar tensiones del cuerpo y la mente.

Desde la risoterapia se piensa integralmente al ser humano, es decir, trabaja con el cuerpo y la mente tratando de buscar el equilibrio de ambos incidiendo también en las formas de pensar, promoviendo y fortaleciendo habilidades para afrontar la cotidianidad de forma positiva, alegre y placentera. (Royo, 2013). Lancheros et. al. (2011, p. 69) afirman que “la terapia de la risa podría definirse como el uso terapéutico de técnicas e intervenciones aplicables que conducen a un estado/sentimiento controlado de desinhibición para conseguir experimentar risa que se traduzca en determinados beneficios de salud”.

La risoterapia se propone minimizar cualquier tipo de presión o estrés que pueda sentir la persona hospitalizada y su familia y generar apoyo emocional, ya que cuando se experimenta estrés el tiempo de recuperación se alarga y el manejo del dolor se ve interferido (Lancheros et. al. 2011). “La mayoría de los juegos y ejercicios se realizan en grupo no solo por la razón de evitar vergüenza, si no para fomentar el contagio de la risa” (Sesiones de risoterapia... s.f.).

3.1.1 ¿Qué aporta la risa a la salud?

Se ha demostrado que la risa tiene efectos positivos en la salud física, salud psicológica y cuenta con un carácter social. En la salud física con la risa se ejercitan cerca de 400 músculos del cuerpo, favorece la limpieza de los ojos, la oxigenación de los pulmones, sirve como analgésico por las endorfinas que se segregan durante la risa, es rejuvenecedora por el movimiento facial, mejora el sistema circulatorio, previene infartos, mejora el sueño y se pierden calorías (Christian, Ramos, Susanibar & Balarezo, 2004; James, Claro, Pera y James, 2011).

En la salud psicológica ayuda a eliminar el estrés por la liberación de endorfinas y adrenalina, alivia la depresión favorece el proceso de regresión, favorece la exteriorización y mejora la autoestima.

Por otro lado, el carácter social de la risa radica en su carácter contagioso, que facilita situaciones que son socialmente incómodas, tiene un poder comunicativo del humor, es una buena forma de romper el hielo y mejora las relaciones interpersonales (Christian et. al, 2004; James et. al, 2011). Además de que, para los padres y las familias de los pacientes, para quienes el descanso se convierte en una necesidad, la risoterapia se convierte en un apoyo, ya que durante el tiempo de la terapia ellos pueden descansar o dispersarse y dicha necesidad se satisface (Bermúdez Rey, 2011)

3.2 La risoterapia para un clown

Las conceptualizaciones que se presentan en este apartado, son un conglomerado de las construcciones realizadas por los clowns participantes de la investigación a partir de sus experiencias como profesionales de la salud clown.

Desde este punto de partida; la risoterapia es entonces, una herramienta o técnica que acompaña a los tratamientos médicos convencionales, aportando a los procesos de recuperación y sanación de las personas que se encuentran hospitalizadas, reconociendo aspectos inmunológicos y fisiológicos, entre otros como algunas de las dimensiones del proceso de la enfermedad.

La risoterapia enfoca sus esfuerzos para reducir los niveles de estrés que se producen en los tratamientos convencionales, “ese estrés que viene con los medicamentos y con las terapias” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015), reducción que se traduce en la mejora de la calidad de vida de la persona hospitalizada, mediante técnicas que invitan a la risa y al llanto (D. Guillen, 12 de diciembre de 2015) que “disminuyen los niveles de cortisol, como disminuyen las hormonas del estrés y mejora la estancia hospitalaria de un paciente, de un enfermo” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015).

Es también una herramienta renovadora en tanto permite “transformar momentos difíciles por momentos más agradables y tranquilos” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016) y “genera una actitud o en este caso una cognición positiva sobre la vida” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016). Es transformadora tanto para los pacientes como para los risoterapeutas en su dimensión personal y profesional en tanto supone “un proceso personal para poder usarlo como herramienta para trabajar con otros” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016).

Por otro lado, es una herramienta que exige al profesional clown, tener presente los mismos cuidados de asepsia que el resto del equipo de salud; protocolo de prevención contra

infecciones intrahospitalarias, confirmando con ello, su condición de profesional integrante del equipo de cuidado médico; cuando se realiza en el contexto intrahospitalario.

La risoterapia como intervención terapéutica tiene también contraindicaciones, lo cual le demanda al profesional conocer las condiciones de salud de cada uno de sus pacientes, ya que por ejemplo pacientes “con cirugías abdominales no podemos entrar a risoterapia, tampoco es para todo el mundo por eso antes de hacer este proceso tenemos que estar enterados qué tiene el paciente, porque la cosa no es llevarle algo al paciente que lo perjudique” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

Las referencias anteriores, en cuanto al concepto de la terapia complementaria de risoterapia, procurada por los médicos clown y demás profesionales pertenecientes a esta tendencia, en los entornos hospitalarios, son coincidentes con los postulados teóricos, metodológicos y técnicos, de la comunidad internacional que interactúa en esta intervención médica complementaria, quienes para el caso de Latinoamérica, se retroalimentan entre sí, ante la ausencia de la formación institucional debidamente aprobado por los estados respectivos.

3.3 Por qué decidí ser clown

En el grupo de las terapias alternativas y complementarias más reconocidas y practicadas, la risoterapia, no es la más destacada en la cultura occidental ya que sus personajes payasos (terapeutas), son considerados, en esta cultura como un personaje idiota, quien se cae en escena y tropieza, es el “animador de fiestas, muchas veces remitida a un carácter patético o distante de lo que es la esencia de la actuación artística” (Baliari y Rosado, 2010, p 7), escenario que de entrada cuesta relacionar con un hospital o con un procedimiento médico, que son más que alejados de la inutilidad y la torpeza. Por esto es de interés conocer cómo los clowns entrevistados conocieron la risoterapia, ya que obedeciendo a la imagen coloquial que se tiene del payaso, ésta no es una

terapia que goce de difusión masiva por parte de la comunidad médica y los equipos de cuidado hospitalario, posiblemente porque el perfil del médico:

responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad (Universidad de la Republica, 2006. Párr. 1)

o “Un profesional crítico y analítico que toma decisiones fundamentado en parámetros académicos y principios éticos; utilizando los recursos tecnológicos, la evidencia científica, las bases técnicas y legales que se relacionan con su profesión” (Universidad Pontificia Bolivariana, 2016. Párr. 5), dista del perfil del “payaso”, concebido como el personaje torpe, sin formación académica ni científica, que por su misma torpeza; provoca risa.

Sin embargo, y a pesar de la poca aceptabilidad y acogida del payaso clínico en el ambiente hospitalario, los profesionales entrevistados en esta investigación, se adentraron al mundo del clown, luego de que conocieron la risoterapia inicialmente por curiosidad, para convertirlo posteriormente en su estilo de práctica profesional.

Pese a la escasa difusión de la risoterapia, la película de Patch Adams, basada en de la vida real, producida por la industria de Hollywood y protagonizada por Robbie Williams, logró

socializar masivamente esta técnica complementaria de la medicina, en el mundo; convirtiéndose en el principal motivador para que los entrevistados y la mayoría de la gente conocieran la risoterapia.

Esta película fue vista por los entrevistados cuando aún estaban estudiando en la universidad, y fue la semilla que germinó la curiosidad respecto a la risoterapia, razón por la cual iniciaron a investigar más sobre el clown. En este proceso llamó su atención la oportunidad que ofrece la risoterapia para llevar felicidad a espacios que usualmente se perciben como ambientes rodeados por el dolor y el sufrimiento como lo son los hospitales, percepción que también tuvieron algunos de ellos en el marco de sus prácticas universitarias “sentía mucha tristeza de ver tanto dolor en las personas” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016).

La película conmovió de manera particular a uno de los entrevistados, quien vio de manera más sentida la risoterapia como una oportunidad de ser más amigable con los pacientes en las instituciones hospitalarias, él sufre de una afección cardíaca que lo ha convertido en paciente por largo tiempo, él vio la película desde dos perspectivas, la de médico y la de paciente y relacionándolas lo primero que pensó fue: “eso fue lo que a mí me hizo falta cuando yo fui paciente. Eso es lo que hace falta, me dije a mi mismo, eso es lo que hace falta en el mundo, hace falta en los servicios hospitalarios” (D- Guillen, 12 de diciembre de 2015).

Particularmente, en la fundación Doctora Clown, una de las principales exponentes de la risoterapia en Colombia está dirigida y conformada principalmente por artistas, ajenos a la formación de las disciplinas de salud, lo que llama la atención del por qué el personal de salud no está también participando activamente en esta terapia, “Lo que nos llamaba la atención es una cosa, la gran mayoría de fundaciones de terapia de la risa son dirigidas por artistas, es decir, no

era personal de salud que estuviera liderando esos procesos, sino que uno vea que eran artistas los que iban al hospital” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015).

La humanización de las instituciones de salud se convierte también en una necesidad identificada en la experiencia de las prácticas profesionales,

en quinto semestre ya empezamos a hacer la práctica y nos dimos cuenta que el hospital, por ejemplo, para los niños era algo muy poco amigable, era no sé, todo muy blanco, muy limpio, pero también carentes de muchas partes de humanización, entonces entramos; fue como con esa excusa, como de humanizar ese sistema de salud de los hospitales” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

Esta afirmación genera inevitablemente una pregunta ¿qué entienden los profesionales entrevistados por humanización de los servicios hospitalarios?

3.3.1 La humanización

La humanización en la atención en salud, puede comprenderse desde dos grandes componentes, por un lado, la subjetivación del paciente y por el otro, la relación que se establece entre el paciente y el personal de salud.

Con el modelo médico hegemónico, que trae la objetivación del paciente en un cuerpo o un órgano enfermo se ve como necesidad la subjetivación de la persona que encarna ese cuerpo enfermo, como lo afirma Barrieto Penie (2000):

la historia clínica sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser provisional en su primera etapa, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de las investigaciones de laboratorio clínico,

radiográficas, endoscópicas o de otro tipo. De igual forma, considera la historia clínica como el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud (Barrieto Peníe, 2000, p 50).

El concepto de la historia clínica ideal es aquella en la que se aprecia la relación de información necesaria de la enfermedad, sin embargo, no contempla información de la persona como ser individual, familiar, social, ocupacional, emocional, ni pensante; dicha subjetivación; los entrevistados lo refieren como el reconocimiento de la persona que llega al centro hospitalario con la enfermedad, "...si estás trabajando en un hospital se dice el paciente de la cama no sé qué, y se va perdiendo la persona, o sea se convierte en algo, entonces no, hablamos de persona" (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016). Dicho reconocimiento parte desde de nombrar a la persona por su nombre y no por su enfermedad, número de historia clínica o número de habitación en la que se encuentra.

La deshumanización de la persona con necesidades de atención en salud, sigue evidenciándose, cuando la historia clínica, asume el papel protagónico como fuente de información y consignación en la consulta médica, a pesar de las falencias que pueda presentar este documento, como:

la subestimación de gran parte de los médicos y de la tecnología cognoscitiva y del método clínico, la sobrevaloración de los datos de las investigaciones médicas en detrimento de la relación médico-paciente, anamnesis y examen físico y el aumento de las

especialidades y la fragmentación incoordinada de la atención médica individual” (Barrieto Penié, 2000, p 51).

Otro aspecto fundamental para evitar la objetivación de la persona que padece la enfermedad, es que el profesional que lo está atendiendo le haga sentir al paciente su preocupación e interés no solo en la enfermedad que lo lleva al hospital, sino también en el dolor y sufrimiento que él siente,

digamos que la presencia de payasos en los hospitales es una forma de mostrarles a los pacientes y la comunidad en general que los hospitales si se preocupan por ellos, y no se preocupan solo por el ámbito de su enfermedad como tal, sino de que ellos se sientan bien donde están” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015).

Cuando se habla de la relación entre el personal del hospital y el paciente, se hace hincapié en la sensibilidad que el profesional que atiende al paciente ha desarrollado y expresa en la intervención con él, de tal modo que el procedimiento que se lleva a cabo sea además de técnico más personal,

... que, si yo voy a atenderlo, lo voy a chuzar, lo voy a algo, que no sea como présteme el brazo ¡chun!, que sea un procedimiento mecánico, sino que sea realmente como la persona, que yo me preocupe, estas bien, ¿sí?, para mí eso es ser más humano (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

Este concepto de humanización invita a que los procedimientos que se realizan en la consulta o la intervención; se practiquen teniendo en cuenta los estados emocionales que experimenta el paciente y a que se trate de establecer una relación entre dos personas que interactúan en un contexto hospitalario y no entre un profesional y un órgano.

3.4 La práctica del profesional clown

La práctica en risoterapia es un procedimiento flexible, que paso a paso da rienda suelta a la risoterapia, de libre expresión creativa como lo quiera ser el clown, quien dirige cada sesión con sus propias estrategias; dependiendo de sus propias habilidades y de su personalidad, algunos hacen uso de la globoflexia, otros de la danza o de la música y otros más; aprovechan su habilidad para conversar o su capacidad de empatía con el otro. Las técnicas están abiertas a la creatividad de cada quien y a las posibilidades que permita el contexto.

La risoterapia es la estrategia o técnica psicoterapéutica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa; que no cura por sí misma enfermedades, pero sí logra cambios positivos en los estados emocionales, coayudando en la recuperación de las enfermedades que padecen los pacientes, en la superación de las situaciones difíciles a los que se ven expuestos las personas allegadas de los pacientes, a mejorar los ambientes laborales, desde sus estados físicos, psicológicos y sociales, como esta referenciado en el apartado de beneficios de la psicoterapia en la salud.

En general en las sesiones de risoterapia, las que pueden ser esporádicas o consecutivas, según el objetivo planteado por el grupo a intervenir o el entorno del grupo; se practica usualmente en grupo; para aprovechar el contagio de la risa; persona a persona, para enseñar y aprender a reírse de uno mismo, ya sea por las habilidades limitadas, que tenemos al igual que todos los demás y de las dificultades de nuestras vidas, descubriendo de esta manera; el espíritu optimista para mejorar la calidad de vida.

Pese a la libre acción con la que cuenta el clown en sus intervenciones, existe el conceso en cuanto al objetivo que es el de convocar, a través de las actividades el empoderamiento del paciente, familiar del paciente o participante.

Cada sesión desarrollada tiene una previa planeación, en la que se prevé técnicas diversas de relajación, desarrollo de la actividad central, para perseguir el objetivo de intervención grupal y retroalimentación, en la que necesariamente el clown también aprende de sí mismo.

La intervención de la risoterapia, en el ámbito hospitalario, se realiza, previa invitación personal y respetuosa a los pacientes, habitación por habitación, presentándose ocasionalmente, situaciones de rechazo; cuando esto sucede, el clown coquetea y provoca al paciente para que este le autorice la entrada, estos procesos pueden tomar minutos o pueden tomar días. En algunas ocasiones, dependiendo del área hospitalaria en la que se hace intervención y de las condiciones de cada paciente; las sesiones se llevan a cabo en cada habitación o en un espacio común, en cualquiera de los dos casos los pacientes toman la decisión de participar.

Lo primero que uno tiene que hacer es tocar la puerta de la habitación y preguntarle al paciente si quiere que uno entre o no entre a la habitación, y ¿porque?, porque fíjate que cuando uno está enfermo en un hospital uno pocas veces toma decisiones, sobre todo si uno es niño, me refiero a que un no puede elegir que comida le traen, uno no puede elegir realmente que medicamentos le aplican, uno no puede elegir que si quiere o no quiere esa dosis de antibiótico, porque usted se ve como obligado a tener que aceptar eso, y sobre todo los niños, entonces lo que uno hace como payaso es empoderar al paciente (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015)

Los juegos y las actividades, al igual que la convocatoria se proponen empoderar al paciente dándoles la oportunidad no solo de decidir sino de manipular y crear lo que tiene a su alrededor, los clowns se convierten entonces en una herramienta del paciente por medio de la cual expresan tristezas o alegrías y transforman el ambiente en un espacio de juego y liberación emocional.

Los juegos, aunque son propuestos por los clowns, tienen un componente de creatividad por parte del paciente, ellos son quienes dirigen hacia dónde va la actividad

el doctor Joche siempre preguntaba el cuento que le gustaría contar y la persona le contaba su sueño, su idea del cuento y se iba construyendo el cuento, pero no solo lo iba construyendo el payaso sino también el paciente participaba de ese proceso, entre los dos hacían eso” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015).

Cada actividad además está contemplada dentro de las particularidades de cada paciente, por lo que cada actividad tiene su sello personal y se convierte en una experiencia única de autoconocimiento, creatividad y espontaneidad tanto para el paciente como también para el terapeuta.

3.5 La transformación en la experiencia clown

La risoterapia tiene la capacidad de transformar no solo a las personas que, en condición de pacientes, o como allegados de los pacientes o integrantes de una organización, participan en ella sino a todas las personas que se ven involucradas en las sesiones. La risoterapia en su dimensión transformadora genera cambios en el clown, no solo en aspectos profesionales sino también en algunos aspectos que sobrepasan los límites del hospital y se llevan al diario vivir en los diferentes contextos como veremos a continuación.

3.5.1 Una transformación personal

La risoterapia ha sido un puente de transformación para los clowns entrevistados en tanto ha permitido generar cambios en la vida personal y en la práctica profesional.

El contacto con nuevas técnicas y el cambio de paradigmas, centrado en la sensibilidad y la preocupación por el otro; ha generado cambios que son considerados como positivos en la vida

personal de los profesionales clown. La risoterapia en el marco de un proceso personal; invita a reflexionar al clown acerca de las situaciones que experimentan como frustrantes para reenfocarlas y resignificarlas, ya que el primer paso para ser clown es aprender a burlarse de sí mismo “algunos temas de tu vida, tienes que haberlos superado, no te puedes burlar de ti mismo, de lo que no superaste” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016).

Con las técnicas utilizadas en la risoterapia, en donde el clown se expone al ridículo frente a un grupo de personas y donde se tiene que explorar diferentes maneras para comunicarse con el personal del hospital, las familias del paciente y con el paciente, teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo o persona; se ven fortalecidos dos aspectos: por un lado la seguridad en sí mismo “empezaba a mejorar esas habilidades de tipo histriónicas, digamos de hablar en público, de no tener miedo a decir lo que se piensa” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015), y por el otro las habilidades sociales, principalmente para entablar conversaciones “se facilita establecer conversaciones con una persona desconocida” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015), esto acompañado con la tolerancia, “más que cambiar se ha forjado más eso, no me gusta buscarme problemas, no me gusta quejarme sin ser ejemplo para los demás” (D. Guillen, 12 de diciembre de 2015), porque cuando se habla de los que hace ha vivido y superado con alguna dificultad, se sabe lo que cuesta, provocándose así un discurso más coherente y empático, y posiblemente más transformador.

Con la práctica en la risoterapia en la que se acude principalmente a recursos artísticos, también; se genera mayor sensibilidad al arte y la cultura; por estar en contacto permanente con ellos, al emplear estas herramientas para provocar la risa; transforma al clown no solo en espectador sino también en artista, “uno se vuelve más sensible al arte, uno se vuelve más sensible al aspecto cultural” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015). Esta sensibilidad desarrollada

no se limita solo al campo de lo cultural y lo artístico, se extiende también hacia el otro “...esa sensibilidad con el otro. Y no solamente hacia los pacientes, hacia los hospitalizados y hacia el otro en todo contexto” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

3.5.2 Una transformación profesional

La risoterapia brinda diversas herramientas a los profesionales clown, para su desempeño en la cotidianidad; las cuales también aportan incluso, cuando no están actuando como clown.

La principal transformación tiene que ver con que la humanización se convierte en algo intrínseco a la práctica profesional, sin importar si se tiene puesta la nariz roja o no, o si se está en una sesión de risoterapia o en un consultorio con el habitual uniforme característico del personal del hospital, se reconoce al paciente por su nombre y no por su afección, sin dejar de lado la preocupación por el sentir y la emoción del paciente:

uno no tiene que tener una nariz, no tienes que estar maquillado para buscar y encontrar esa sensibilidad y esa relación médico paciente, yo hace muchos años que no me disfrazo y no hago terapia como tal en un hospital, pero sí en mi práctica clínica cuido que lo más importante sea eso, esa relación médico- paciente” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

El objetivo del ejercicio disciplinar cambia su rumbo en relación al objetivo impuesto por el modelo medico hegemónico, en donde el interés es identificar la enfermedad para eliminarla con procedimiento técnicos, mientras que con la práctica de la risoterapia se aporta al inicio de la búsqueda de una sanación integral y no solo la curación de un órgano o alteración del funcionamiento fisiológico o químico del organismo, entendiendo que “curar es un procedimiento y ya, que radica en una patología o enfermedad, mientras que sanar es todo lo contrario, sanar es buscar aliviar el sufrimiento”(D. Guillen, 12 de diciembre de 2015).

El trabajo con las emociones característico de la risoterapia; hace sus contribuciones al profesional clown en tanto le aporta al manejo de las sus propias emociones, teniendo en cuenta que invita al reconocimiento de sus emociones , favoreciendo la expresión y control de las mismas, tarea fundamental para el cuidado personal que debe tener todo profesional expuesto a situaciones de dolor y pérdida, que en este caso son los contextos hospitalarios los cuales están en una íntima relación con el dolor, el sufrimiento y la muerte: “empecé a ver las cosas de otra manera, ya entendía cómo debía manejar mis emociones para que no me diera tan duro”(J. Fajardo, 28 de febrero de 2016).

Capítulo IV: ¿Un payaso en un hospital?

El nacimiento del payaso tal y como lo conocemos hoy día, se puede remontar al origen, los bufones, quienes tenían gran libertad de palabra y crítica, con frecuencia eran los únicos con autorización real o social de expresarse contra las normas sociales o del gobierno, e incluso su humor podía llegar a afectar y cambiar la política del gobierno (Navarro y Dream, s.f).

Luego, en el siglo XVI, llega y toma auge en Europa: la comedia del arte, un tipo de teatro callejero, esporádicamente con presentaciones en escenarios cerrados; caracterizado por la improvisación, basado en personajes y escenarios arquetípicos de momento histórico, con la presencia de muchos personajes cómicos que iban desde amos hasta sirvientes.

De la compañía teatral “Lord Chandler’s Men” dirigida por William Shakespeare, sobresalieron dos clowns que abren el espectro al personaje clown tal y como lo conocemos hoy, el primero: William Kemp quien se distinguió por interpretar un tipo de personajes del campo, estúpidos, que chocaban y tropezaban con todo, y Robert Armin, quien se especializó en interpretar bufones de corte estúpidos y bromistas.

En 1768, en lo que se ha considerado como el primer circo en Inglaterra, se creó la primera rutina de clown circense basada

“en la historia de un sastre, un inepto equitador, que se dirigía a Brendford a caballo para votar en unas elecciones. Astley imitaba al sastre, intentando montar al caballo. Primero tenía tremendas dificultades para montar correctamente, y después; cuando finalmente conseguía montarlo, el caballo salía galopando a tal velocidad que lo hacía volar por los aires cayendo al suelo” (Navarro y Dream, s.f, párr. 5).

La palabra clown se escucha por primera vez en el circo creado por Astley y era usada para nombrar a un actor que hace reír al público: “este bufón, sátiro, saltimbanqui, farsante, charlatán, que encarna en él todos los actores cómicos de la historia” (Velásquez, 2015, párr. 5).

Según Velásquez (2015, párr. 7), en 1770; se funda el primer circo moderno, donde el palafrenero además de encargarse de limpiar los excrementos de los caballos y hacer acrobacias, realizaba también algunos actos cómicos. Alrededor de 1870, al rol del palafrenero se le añadía la responsabilidad de entretener al público en cada cambio de acto y que más tarde sería heredado por el clown como su rol.

Existen dos versiones del origen del Augusto, las cuales tienen como característica común un trabajador del circo que realiza con torpeza sus movimientos y tropieza a cada instante; una historia protagonizada por un trabajador que bebió de más y la otra por un trabajador molesto con otro, que en la carrera que emprende para golpearlo se tropieza y cae constantemente; en las dos versiones es el público, quien inicia a gritar “Auguste” que al español traduce idiota.

Tras un recorrido histórico, Jara (2000) intenta explicar, lo que es el payaso, basándose en su definición, encontrando:

bufón quiere decir «truhan que se ocupa en hacer reír»; y truhan es «persona sinvergüenza que vive de engaños y estafas», y en un diccionario de sinónimos y antónimos; payaso es sinónimo de mamarracho, siendo mamarracho, entre otras cosas, «hombre informal, no merecedor de respeto» (Jara, 2000, p 23)

Pensar en la posibilidad de equiparar a un médico o a un cuidador profesional de la salud con un payaso, o incluso pensar al payaso como responsable de nuestro estado de salud; se torna casi imposible, teniendo en cuenta, que en nuestra cultura, el payaso es todo lo opuesto a lo que

se espera de un médico, sin dejar de lado dos cosas; primero que la imagen que se tiene del payaso obedece al desarrollo histórico de este personaje, presentado anteriormente como torpe, bobo, que se tropieza y cae a todo momento, y como un personaje que le hace falta seriedad; y segundo, la imagen que se tiene del médico de bata blanca fundamentado en la tradición de la medicina científica y sus postulados positivistas.

Los payasos se han conocido desde tiempo atrás en la historia de diferentes sociedades y culturas, desde los faraones egipcios, las dinastías chinas, el imperio romano hasta las comunidades pre-colombinas, adjudicándoles un rol de experto en hacer reír a la gente, haciendo uso de sus capacidades, ya sean acrobáticas, musicales, malabaristas, cantantes, bailarín, o cualquier otra, anteponiendo su torpeza.

En el imperio chino, hace más de 4000 años, existían templos donde el objetivo principal era ir a reír, ya que en su filosofía; la risa equilibra la salud, en la india también existían templos para practicar la risa, y se habla de la meditación de la risa, que según sus creencias ayuda al conocimiento de uno mismo. En algunas otras culturas antiguas el hechicero se vestía y maquillaba para curar por medio de la risa a los soldados heridos en combate.

Según Christian, Ramos, Susanibar, y Balarezo, (2004), en la Edad Media, el profesor de Cirugía Henri De Mondeville; señalaba que la alegría era una herramienta definitiva para ayudar a recuperar a los pacientes, cuyas vidas debían dirigirse hacia la felicidad. Sin embargo, en el siglo XVI, se conoce a Rabelais como el primer médico que recomienda la risa como terapia.

Durante el reinado de Jorge III, el médico Battie propuso el tratamiento de la risa para los enfermos mentales; en 1844, Wells, un dentista en Boston, descubrió en el óxido nitroso, conocido también como gas de la risa, sus propiedades anestésicas. Más adelante, Freud

enunciaría la liberación de energía negativa mediante las carcajadas. Así poco a poco se fueron descubriendo, en el desarrollo de las ciencias occidentales los beneficios y propiedades que trae la risa a la salud.

Más adelante, en 1964, se dio a conocer uno de los casos más famosos de procesos de recuperación acompañado con terapia de la risa, este es del periodista Normand Cousins, a quien los médicos ya habían desahuciado y que, por decisión propia, con algunos conocimientos de los beneficios de la risa a la salud, decidió acompañar su proceso de enfermedad con humor. Murió a los 20 años de que lo hubieran declarado desahuciado.

En los años 70's el doctor Lee Bark, descubrió mediante exámenes de sangre que reír de forma hilarante reducía los niveles de estrés y que la risa tiene un efecto sobre el sistema inmunitario. Luego en el 72, el doctor Hunter "Patch" Adams fundó el Instituto Gesundheit especializado en terapia de la risa.

Luego a toda esta trayectoria, se fueron encontrando cada vez más propiedades de la risa en relación con el cuidado de la salud, y poco a poco se fueron fundando diferentes clínicas y fundaciones que se sustentaban en la risoterapia.

El primer hospital de payasos se fundó en 1986 en Nueva York, el *Clown Care Unit* se proponía llevar el circo a los niños hospitalizados y con los médicos clown promocionar y enseñar protocolos de higiene, hoy día cuenta con 80 médicos clown y realiza aproximadamente 225 mil intervenciones diarias. En 1988 se inaugura *le rire mèdeecin* en Francia, dirigido a los recursos médicos y psicológicos en el campo hospitalario, en este mismo año se inaugura en Brasil el *Doutores da alegria* que busca promover una experiencia de alegría como factor que potencie las relaciones saludables. Más tarde en 1994 se inauguraría el *clown doktoren* en

Alemania, actualmente están en 27 hospitales de niños donde realizan visitas entre dos o tres veces por semana (Carrocera, 2012).

Pese a la carga histórica y cultural que tiene la terapia de la risa, la medicina científica fue acogida por los colectivos de la comunidad médica, cobijada por la noción implícita del conocimiento objetivo que proclama como su base esencial y que lo ubica, a través de su método, como la autoridad social en el dominio de la salud.

En la praxis cotidiana, basada en el modelo médico hegemónico, se observa, particularmente para Colombia, que el plan obligatorio de salud, respaldado por la normatividad vigente del sistema general de salud, contiene actividades y procedimientos, avalados por la comunidad científica, dejando abierta la posibilidad de acceder a actividades o procedimientos correspondientes a la medicina alternativa y complementaria, en casos particulares, siempre que sean avaladas científicamente, con estándares de medición distantes a la validez de estas prácticas.

Consecuentemente, las políticas de salud, diseñadas por el Estado colombiano, están basadas en las estadísticas de los servicios de salud, interactuantes dentro de este modelo de salud, y oficialmente no se encuentran estadísticas de asistencia a servicios de la medicina alternativa y complementaria.

Como también se observan campañas de salud, invitando a la población en general, a asistir a profesionales y centros médicos, incursos en el modelo médico hegemónico, como garantía de la conservación de su salud.

La revista Semana (1997), respecto al uso de la medicina alternativa y complementaria, revela que “las terapias alternativas están en alza en todo el mundo. En Estados Unidos, por citar

sólo un caso, se calcula que más de 60 millones de personas acudieron a ellas a comienzos de la presente década”(párr. 5), tanto así, que en 1992 se creó en el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos la Oficina para el Estudio de las Medicinas Alternativas, algunas instituciones de salud prepagada las incluyeron en los planes ofrecidos a sus clientes y algunas universidades comenzaron a enseñar diferentes técnicas de sanación de medicinas alternativas que han mostrado resultados de sanación ante enfermedades que la medicina científica no había dado en algunos países del mundo como Polonia y Rusia. A este fenómeno la revista Life lo calificó como la nueva revolución de la salud, reconociendo que “ya el siglo XX había vivido una, resultado de la desaparición del médico de familia y la aparición de la medicina tecnológica y la intervención en casos de emergencia” (Revista Semana, 1997, párr. 12).

El especial realizado por la Revista Semana (1997) también revela que “en Colombia no hay estudios que permitan determinar con exactitud cuántas personas han acudido o acuden a terapias alternativas ni cuántos médicos o personas las practican. Sin embargo, su uso parece ser más frecuente de lo que se piensa” (párr. 13); entre 1992 y 1995 “más de 2.000 personas [fueron] atendidas con la terapia de sanación en Siu-Tutuava, un centro médico bogotano, pionero y especializado en medicina alternativa” (Revista Semana, 1997, párr. 14) y la Fundación Doctora Clown, principal exponente de la risoterapia en Colombia ha “tenido la oportunidad de visitar 25.000 pacientes, entre niños y adultos desde 1998 y actualmente atiende 400 personas semanalmente” (Neira y Neira, 1999, párr. 18).

La doctora Kathi Kemper (Revista Semana, 1997), reflexiona sobre la inutilidad de persistir en la oposición entre medicina ortodoxa y medicina alternativa, y presenta los cuatro grandes grupos en los que los expertos dividen las terapias.

Según la médica, hoy en día existen terapias bioquímicas (las que utilizan medicamentos, hierbas medicinales o suplementos nutricionales), terapias de hábitos de vida (basadas en la nutrición, el ejercicio, la regulación mente-cuerpo o las asesorías psicológicas), terapias biomecánicas (comprenden masajes, manipulación de la columna y cirugías) y terapias bioenergéticas (como la acupuntura, la imposición de manos, la oración, la homeopatía, las esencias florales y la sanación), como lo manifiesta la doctora Kemper, "no se basan en las leyes científicas conocidas que rigen la vida cotidiana, pero han demostrado eficacia en estudios realizados en diversas circunstancias" (Revista Semana 1997, párr. 15).

De igual la Doctora Kemper afirma que "Uno de los retos que nos plantea la sanación es que nos toca ejercer la medicina de una manera más humana. Hay que escuchar a nuestros pacientes, tenderles una mano, poner a su servicio nuestros conocimientos" (Revista Semana, 1997, párr. 16).

Ya advertía Menéndez (1998) que la imposición del discurso médico hegemónico relega a los consumidores de medicinas a una participación subordinada y favorece la

producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, la legitimación jurídica y académica de las prácticas médicas, la profesionalización médica formalizada en universidades y la identificación ideológica en la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos de atención como la medicina tradicional o la alternativa (Menéndez, 1998, p 18)

Esta reproducción e interiorización social del discurso médico, no solo en contextos de la salud sino en general en la sociedad, es lo que legitima la imposibilidad de pensar al clown como

profesional de salud y lo que abre paso al rechazo y las tensiones que experimentan los profesionales de la salud clown por parte de sus colegas y, en algunos casos por parte de sus seres cercanos.

En los casos personales las críticas que reciben los profesionales que participaron de esta investigación son menos comunes, de acuerdo a las relaciones que se establecen con los profesionales de la salud que desarrollan su práctica clínica en el marco de la terapia de la risa, sin embargo, las familias de algunos de los profesionales entrevistados, les han expresado abiertamente su deseo de que desarrollen la carrera de la manera “normal” (D. Guillen, 12 de diciembre de 2012; J. Ibarguen, 1 de abril de 2016), esa forma promulgada por el discurso médico hegemónico y que tenemos internalizado como el deber ser de la práctica clínica.

Al contrario de lo que sucede con el aspecto personal, las tensiones y críticas que se reciben por parte de los colegas son más agudas, en parte por las dinámicas propias de los centros hospitalarios; la reproducción del modelo médico hegemónico en los claustros universitarios y la percepción que se tiene del payaso a raíz de la carga histórica desarrollada anteriormente.

Los entrevistados experimentan en cada una de las visitas que hacen a los pacientes con quienes desarrollan actividades clown la predisposición que tienen los profesionales que trabajan en los centros hospitalarios de diferentes maneras, que van desde la evitación y las miradas hasta las mismas palabras.

Los entrevistados referenciaron haber percibido varias conductas que los hace sentir el rechazo hacia su quehacer tales como miradas aborrecedoras por parte de algunos médicos, enfermeras y demás personal del centro de salud: “se encuentra a los que son como reacios, que lo miran a uno como no pues no sé, a qué viene él o ahí viene el payaso, como que hartera, lo

miran a uno así...(despectivo)” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016); o conductas de evitación: “Entonces como que se esconden, o no sé, nos huyen” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016) las cuales se explican con tres argumentos principales:

- i) En general los demás actores del sistema atención en servicios de salud no encuentran sentido al quehacer del clown: “de pronto no sienten la necesidad, no le ven el sentido a que vaya un payaso a hacer una intervención, porque nosotros hacemos terapia también” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016), “que eso no es importante, que es no es necesario” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015)
- ii) El vestir como payaso y realizar la práctica médica desde técnicas de risoterapia disminuye la seriedad de la profesión médica: “no todos los médicos están de acuerdo con eso, y que muchos médicos por ejemplo ven eso como mamar gallo, como que eso le quita seriedad a la profesión” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015).
- iii) La creencia de que se debe obedecer las normas del sistema: “Mucha gente no le gustaba eso, decían es que esto es un hospital, en un hospital no tiene por qué haber payasos” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015), “siento que ser payaso, me hace parte de un gran grupo de personas, que generan un cambio, siento que las personas, muchas veces hacen las cosas, porque tienen que hacerlas, porque el sistema se los dice que lo tienen que hacer y hablan de que el sistema tiene que dar más por ellos pero ellos no hacen nada por el sistema” (J. Ibarguen, 1 de abril de 2016)

Por otro lado, las tensiones profesionales también se dan por la interrupción que supone la presencia de los profesionales clown en las dinámicas propias y cotidianas propias del hospital de

acuerdo con las exigencias del sistema de atención en servicios de salud, “la presencia de un payaso en un hospital es un acontecimiento revolucionario que subvierte la lógica imperante de la medicina” (Andrea Romero, Médico Clown):

Las intervenciones normalmente en un hospital siempre han sido tan mecánicas, y además el tiempo en un hospital, o sea cada segundo vale oro, entonces llegar a hacer este tipo de terapias es como ‘me está quitando tiempo’, porque el sistema lastimosamente siempre está colapsado. Por mil razones un médico siempre está estresado porque tiene mil pacientes, una enfermera también tiene mil pacientes, un fisioterapeuta tiene mil pacientes, entonces todo el mundo está tan agitado que no se da el tiempo de un respiro, entonces uno llega como. ¡Alto todo!... cuando uno llega como clown, ¡déjenos actuar!, algunas personas no lo reciben bien por eso, porque sienten que estamos truncando el trabajo de otros o estamos atrasando algo, entonces no sé esa parte como entraría en un sistema de salud. digamos que las instituciones que nos abren las puertas, como en el cancerológico, ellos sienten que realmente hay resultado y que ayuda a los pacientes (J. Fajardo, 18 de diciembre de 2016).

Aunque los profesionales de la salud clown experimentan varias tensiones con los demás actores del sistema de atención en servicios de salud, no todas las tensiones son con fuentes externas en lo concerniente al ejercicio de su profesión, también tienen tensiones en lo que respecta a la práctica clínica que exige el sistema educativo y de salud.

En el proceso de esta investigación se pudo identificar cuatro, relacionadas con la tecnicidad de la práctica clínica, la noción de paciente versus usuario, la falta de humanización en la atención en salud, la cual se encuentra estrechamente relacionada la cuarta el pragmatismo en relación a la enfermedad, pragmatismo entendido como el órgano que hay que curar.

Tanto en la formación universitaria como en la práctica profesional el modelo médico hegemónico exige una rigurosidad técnica propia del modelo científico en el que se sustenta, por lo que se da vital importancia a la técnica con la que se practica la atención en los servicios de salud, “en la universidad siempre me inculcaban mucho lo técnico, ellos [profesores] hablan de que trabajamos con seres humanos pero al momento de enseñarte las técnicas todo es como muy mecánico, no inculcan esa parte humana, realmente eso se queda en una frase” (J. Fajardo, 28 de febrero de 2016), “los médicos nos desesperamos por hacer una especialidad y no nos desesperamos por realmente dar una atención de verdad a los pacientes, lo médicos nos desesperamos por ser más técnicos y no por ser más humanos” (D. Guillen, 12 de diciembre de 2015).

Esta tecnicidad en torno a la enfermedad, imperante en las profesiones de la salud, y las lógicas mercantilistas del sistema llevan a pensar a la persona que padece una enfermedad como paciente, haciendo énfasis en la condición de persona que encarna el objeto de estudio de las ciencias de la salud, la enfermedad; o el usuario, que representa en toda su expresión al cliente en el que la enfermedad convierte a la persona en el sistema de salud, dejando así de lado la historia que pese el sujeto que padece la enfermedad, “es que a nosotros nos meten mucho de que el paciente, el paciente, el paciente, o el usuario, el usuario, el usuario y uno se olvida de quién es ese usuario”(J. Fajardo, 28 de febrero de 2016).

En el afán de las ciencias de la salud por ser una disciplina científica se ha enfatizado de sobremanera la atención y los avances en la investigación de la enfermedad para su cura que ha postergado a un segundo plano la importancia del sujeto que padece por la enfermedad originando así la necesidad de buscar “humanizar los servicios, que haya ese componente de calidez, de preocupación por la persona que está ahí, que no solamente caigamos en el ámbito

pragmático que es ver a la persona solamente como una enfermedad, sino en ver que hay una persona que sufre de una enfermedad” (J. Tovar, 15 de diciembre de 2015)

Este conjunto de tensiones que experimentaron los profesionales entrevistados llevan a buscar soluciones para realizar el ejercicio práctico de acuerdo a lo que ellos consideran que debería ser la práctica clínica, tener una relación médico – paciente más humanizada, “yo creo que ese afán mío por esa empatía por el paciente viene de conocer como ese problema, y que de alguna manera con la risoterapia le di esa solución y de ver cómo la gente reaccionaba muy bien a eso, entonces lo adapté a mi práctica clínica, ya sin nariz ni nada de eso pero cuidando lo más importante, la esencia que era esa relación médico – paciente” (C. Martínez, 12 de diciembre de 2015).

CONCLUSIONES

Durante esta investigación, en la que conoció los significados que otorgan los profesionales de la salud clown a su práctica profesional en la risoterapia; se puede concluir:

El ejercicio del médico clown es un aporte a la humanización en la prestación de los servicios de salud; consecuente con el significado de vida que tiene cada risoterapeuta, en cuanto a su comprensión de sí mismo como ser humano, comprensión de las cualidades, necesidades, sentimientos y emociones de los pacientes y sus familias y del funcionamiento del sistema en que operan los centros médicos, con lo cual, además de dar sentido a sus vidas profesional y personalmente, procuran aportar al paciente, su familia y el equipo médico cuidador; en el proceso de sanación del enfermo, dando no solo sentido a sus vidas y a su práctica profesional, sino entregándose a los demás y al conocimiento científico para propiciar la reflexión, que permita a todos los actores de la salud, introducir políticas y estrategias en las maneras, saberes, procedimientos y técnicas de atención en salud, que observen al paciente, más allá de la enfermedad y de la individualidad, dimensionándolo como actor principal de su propia sanación; como ser social y cultural.

En cuanto a la humanización en la prestación de los servicios de salud y la apertura de nuevos saberes que permitan prácticas diversas en la medicina.

Se le ha atribuido a los profesionales de la salud, la exclusividad de proponer y actuar en la recuperación de los pacientes, con protocolos debidamente diseñados, sin embargo instituciones hospitalarias de alto nivel de complejidad, como lo son las oncológicas, admiten en sus centros, la presencia de los clown; quienes no solo son personas profesionales de la salud, sino también en muchos casos artistas, que con sus sesiones, además de animar a los pacientes, sus familias y distensionar, en algunos casos a las personas que trabajan en dichas instituciones,

provocan el desarrollo de los beneficios de la risa, contribuyendo en la recuperación de su salud, hecho que amplía la atribución exclusiva del cuidado de los pacientes en su proceso de sanación a otras disciplinas profesionales, conjuntamente con los profesionales de la salud.

El modelo medico hegemónico, que sin dudas a aportado avances significativos en sus investigaciones a la curación, recuperación y prevención de la enfermedad, también ha tenido objeciones, entre las cuales se encuentra la manera de enseñar la medicina. Ésta objeción particularmente invita a reflexionar sobre la necesidad proponer un nuevo modelo médico que supere las limitaciones del modelo médico actual, que permita articular las dimensiones médica, ética, jurídica y sociohistórica, de modo que responda a los cambios de la sociedad, ajustando sus planes a las necesidades que ésta plantea.

Esta necesidad de reformar el pensum de las facultades de ciencias de la salud, expresada por algunos de los clown entrevistados y correlacionada con la apertura de la organización mundial de la salud de observar a las demás medicinas alternativas y complementarias, la concurrencia creciente de personas a estas medicinas alternativas; son razones a considerar por los responsables científicos, estatales y académicos, en cuanto a la formación formal y reconocida oficialmente de la risoterapia, entre otras, que hasta hoy ha sido empírica y autodidacta, lo que no permite la cualificación de sus saberes, como tampoco su valoración social ni científica, restándole posicionamiento en la aceptación como ejercicio profesional.

La asociación popular que se hace del clown hospitalario con el significado social que se ha construido históricamente del payaso; donde se alude a este como la encarnación de la torpeza y lo bobo, riñe con lo científico, eficaz y responsable del profesional de la salud; especialmente en la comunidad médica, resta credibilidad social y científica a su práctica profesional, pese a los resultados terapéuticos que se han reportado en diferentes partes del mundo, como lo demuestran

los estudios científicos de los beneficios de la risa, siendo en sí mismo una contradicción, porque tanto la formación académica del médico es tan científica como los estudios de la risa.

La información obtenida de documentos de investigación, columnas periodísticas y la voz de los entrevistados; devela el cuestionamiento de la comunidad del sector salud hacia la actual práctica médica científica en cuanto a la necesidad de humanizar la prestación de servicios y ampliar la oferta de salud con actividades, procedimientos, técnicas y terapias de las diferentes grupos terapéuticos de la medicina alternativa y complementaria, que permitan el acceso a la salud, desde las necesidades y creencias particulares, siendo la risoterapia una de las posibles alternativas.

Se hace inminente que todos los actores de la comunidad médica, de toda las tendencias y corrientes converjan desde sus posiciones hacia la construcción de un sistema de salud incluyente respecto a los saberes y técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2015, La humanización del servicio médico, publicado el 12 de marzo de 2015, Barranquilla.
- Arcila Mendoza, P., Mendoza Ramos, Y., Jaramillo, J. y Cañón Ortiz, O., 2010, Revista Diversitas Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen, v. 6-1, Pp. 37-49, Universidad Santo Tomás, Bogotá recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261004>
- Baliari, B., y Rosado, T., 2010, Aletheia revista de la Universidad Luterana do Brasil, Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud, v 31, p 4 -15, Brasil, recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942010000100002&script=sci_arttext
- Barreto Penié, J., 2000, revista Ateneo, La historia clínica: documento científico del médico, v1(1):5 pp. 0-5, recuperado en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf
- Bermúdez Rey, M., 2011, Revista Pulso, Animación sociocultural en el Hospital Materno Infantil de Oviedo: la experiencia del voluntariado de la Cruz Roja, v 34, PP. 89 – 99, Asturias, recuperado en: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/9382>
- Bruner, J., 1995, Actos de Significado, más allá de la revolución cognitiva, capítulo 4: la autobiografía y el yo, Madrid, Alianza psicología minor.
- Carrocera, M., 2012, Resignificación de discursos institucionalizados en Hospitales: Análisis comunicacional de las técnicas lúdicas de los payamédicos y los payasos de hospital, Tesis de grado de la Facultad de Ciencias Sociales: Ciencias de la comunicación, Universidad de Buenos aires, Buenos Aires, Argentina
- Ceballos, C., y Gutiérrez, S., 2012, Humanización de la atención en salud, trabajo De grado, Seminario de análisis de la situación en salud pública, Programa de medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia
- Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C. Y Balarezo, G., 2004, Revista de la sociedad peruana de medicina interna, Risoterapia: un nuevo campo para los profesionales de la salud, v 17(2), Perú, recuperado en <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjGuMqvqfDPAhXIVyYKHSWZANMQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.risoterapia-adultos.webnode.cl%2F200000005-bfa03c0997%2Fa05.pdf&usg=AFQjCNE4tg5uPMKzp49PiSH2rNeEc66Q&sig2=keTa9z5NHjClyYTRjG5maQ&cad=rjt>

- Corte Constitucional, Sala quinta de revisión 30 de agosto de 2010, sentencia T-654/10: medicina alternativa-alcance y límites del pos
- Cualsiapud Córdoba, J., 2013, La autonomía médica en Colombia a partir de la ley 100 de 1993, Ensayo como opción parcial para la obtención del título de Especialista en Educación, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.
- Delgado, M., 2011, Revista colombiana de anestesiología ¿Será posible la formación ética y profesional de médicos y especialistas en el sistema de salud actual?., vol. 39 (1), Bogotá, Colombia, recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195122388001>
- Dubos, R & Pines, M, 1974, Salud Integral desde la Perspectiva Biopsicosocial, Instituto Tecnológico de Sonora, recuperado en: http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa10/salud_integral_desde_perspectiva_biopsicosocial/y2.htm
- Especiales Semana, 1 de septiembre de 1997, La cura milagrosa, Revista Semana, Colombia, recuperado en <http://www.semana.com/especiales/articulo/la-cura-milagrosa/33559-3>
- Ivanovic-Zuvic, F, 2004, Revista chilena de neuro-psiquiatría, Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia., vol. 42(3), pp. 163-175, Chile, recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272004000300002>
- James, J., Claro, A., Pera, S. Y James, E., 2011, Médicas UIS revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander, La risa, un complemento esencial en la recuperación del paciente, vol. 24, Bucaramanga, Colombia, recuperado en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2584>
- Jara, J., 2000, El clown, un navegante de las emociones, Editorial Octaedro, España
- Lancheros, E., Tovar, J. Y Bermúdez, C., Julio 2011, Revista MedUNAB, Risa y Salud, Abordajes terapéuticos, vol. 14(1) Pp. 69-75, Bucaramanga, Colombia, recuperado en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=1380>
- Marsiglia G, Italo, 2006, Gaceta Médica de Caracas Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente*. Vol. 114(3), 183-189. Recuperado en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622006000300002&lng=es&tlng=es.
- Menéndez E., abril 1988, Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria, trabajo presentado en: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud del 30 de abril al 7 de mayo, Pág. 451- 464, Buenos Aires.

- Ménendez, E, 1998, revista natura mecatrux, Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural, vol. 51, recuperado en: [file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/Dialnet-ModeloMedicoHegemonicoReproduccionTecnicaYCultural-4989316%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/Dialnet-ModeloMedicoHegemonicoReproduccionTecnicaYCultural-4989316%20(1).pdf)
- Meza Cascante, L., G., 2010, El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento, Escuela de matemática, instituto tecnológico de Costa Rica, revisado en: <https://entremaestros.files.wordpress.com/2010/02/el-paradigma-positivista-y-la-concepcion-dialectica-del-conocimiento.pdf>
- Ministerio de Salud y protección social, 2014, Humanización de la atención, desafío para el sector salud, boletín de prensa número 180 de 2014, publicado el 18 de junio de 2014.
- Ministerio de salud y protección social, 27 diciembre 2013, resolución 5521 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Navarro, A y Dream C., s.f., historia del payaso, recuperado en <http://clownplanet.com/historia-del-payaso/>
- Neira, L. y Neira, M., noviembre 1999, Terapia de la risa para nuestros niños hospitalizados, I Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación Vicepresidencia de la República - Coldeportes – FUNLIBRE. Paipa, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud, 2002, Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005, Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Organización Mundial de la Salud, 1948, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional.
- Peña, A. y Paco, O., 2007, Revista anales de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Medicina alternativa: intento de análisis, vol. 68(1), Pp. 87 – 96, Lima, Perú, recuperado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a12v68n1>
- Pfeiffer, M, 2003, Tiempo de vivir, tiempo de morir: ética, medicina y tecnología, Actas de VI Jornadas Nacionales de Ética y IV Congreso Nacional Interdisciplinario de Ética Aplicada, Universidad de Buenos Aires y Concejo Nacional de Investigaciones Científicas de Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Redacción Vivir, 26 de septiembre de 2014, Buscan humanizar servicios de salud, Periódico El Espectador, Colombia, recuperado en <http://www.elespectador.com/noticias/salud/buscan-humanizar-servicios-de-salud-articulo-519201>
- Rodríguez, H., 2006, Revista cubana de salud pública, La relación médico – paciente, vol. 32 (4), La Habana, Cuba, recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007

- Rojas-Rojas, A., (2012), Revista de Salud pública, Servicios de medicina alternativa en Colombia, Vol. 14 (3), Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá, Colombia, recuperado en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a10.pdf>
- Royo, A., 2013, La risoterapia y su aplicación en la atención primaria, tesis de grado programa de enfermería de la Universidad Pública de Navarra, España.
- Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, 2006, Caracterización Ocupacional del Área de Medicina Alternativa y Terapias Complementarias, SENA, Colombia
- Sesiones de risoterapia, ¿cómo son?, s.f., recuperado de <http://www.risoterapia.es/como-es-una-sesion-de-risoterapia.html>
- Seguel, Valenzuela y Sanhueza, 2012, revista, Aquichan, Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería; Vol. 12, No 2, Universidad La Sabana, Colombia, recuperado en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1716>
- Stolkiner, A., abril 1989, La influencia del Positivismo en las prácticas y acciones en Salud (Mesa redonda), Trabajo presentado en: III Jornada de Atención Primaria de la Salud del 8 al 15 de abril de 1989, Buenos Aires, recuperado en la página web http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/III-IV_09.pdf
- Universidad de la Republica, 2006, Perfil de formación y competencias del Egresado de la Carrera de Medicina, Grupo Misión y Perfil por Competencias, Facultad de Medicina, Uruguay, recuperado en <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-medico>
- Universidad Pontificia Bolivariana, 2016, Perfil del profesional, Facultad de medicina, Medellín, Colombia, recuperado en http://www.upb.edu.co/portal/page?_pageid=1054,32436820&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Vera-Delgado, A., 2004, Revista Colombiana de Cardiología, Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes, Noviembre/Diciembre, Vol. 11 No. 6, Cali, Colombia, recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v11n6/v11n6a2.pdf>
- Vetere, P.N, 2006, El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P., Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.562/te.562.pdf>
- Velásquez, A., 2015, Proyecto de investigación: la pertinencia artística y social del clown en Colombia, Una mirada a la historia del arte clown en Colombia, Facultad de artes, departamento de teatro, Universidad de Antioquia, recuperado en <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/mod/page/view.php?id=486>